O lectură eliberatoare şi o analiză detaliată a tot ceea ce înseamnă menopauza.
NORTH AMERICAN // MENOPAUSE SOCIETY • *
DR. JEN GUNTER este medic ginecolog specializat în medicina durerii şi afecţiunilor vulvo-vaginale şi redactor la *The New York Times,* unde scrie articole despre sănătatea femeii.

Unul dintre subiectele care o preocupă în mod deosebit este reprezentat de nou-născuţii prematuri, despre care a scris şi o carte, după ce ea însăşi a trecut prin experienţa decesului unuia dintre tripleţi.

Revoltată din cauza mentalităţii patriarhale şi a numeroaselor mituri vehiculate cu privire la transformările pe care le aduce menopauza, dr. Jen Gunter a hotărât să scrie pentru toate femeile cărora nu li s-a spus şi continuă să nu li se spună adevărul despre propriul corp. De aceeaşi autoare, la Curtea Veche Publishing a mai apărut *Biblia vaginului,* în 2021.

Pentru mai multe informaţii despre dr. Jen Gunter, podcasturi, articole şi evenimente, vizitează-i site-ul: drjengunter.com..
OANA PASCU şi-a început cariera de traducătoare în 2013, după absolvirea Facultăţii de Litere a Universităţii Transilvania din Braşov. Pasionată de f *f*
lectură şi de limba engleză, îmbină plăcerea de a citi cu aceea de a le da glas autorilor străini în limba sa maternă. Printre autorii traduşi se numără Gordon Neufeld, Gabor Maté, Joanna Faber, Julie King, Loretta Graziano Breuning şi Jenny Odell.
D£ JEU GUMffK

MANIFESTUL MENOPAUZEI

O ABORDARE ȘTIINȚIFICĂ și FEMINISTĂ

Traducere din engleză de O ANA PASCU

CURTEA *Q,* **VECHE**

Tuturor femeilor.

Sunteţi minunate, iar asta nu are nicio legătură cu estrogenul.

Cuprins

INTRODUCERE
Manifestul
PARTEA ÎNTÂI
REVENDICAREA SCHIMBĂRII
CAPITOLUL 1
A doua maturizare
CAPITOLUL 2
Istoria şi limbajul menopauzei
CAPITOLUL 3
Biologia menopauzei
CAPITOLUL 4
Avantajul evolutiv al menopauzei
CAPITOLUL 5
Momentul menopauzei
CAPITOLUL 6
Când menstruatia şi ovulatia se opresc înainte de de ani
PARTEA A DOUA
ÎNŢELEGEREA SCHIMBĂRII
CAPITOLUL?
Metamorfozele menopauzei
CAPITOLUL 8
Miezul problemei
CAPITOLUL 9
Este cald sau mi se pare?
CAPITOLUL 10
Haosul menstrual
CAPITOLUL 11
Sănătatea oaselor
CAPITOLUL 12
Creierul tău la menopauză
CAPITOLUL 13
Vaginul şi vulva
CAPITOLUL 14
Sănătatea vezicii urinare
CAPITOLUL 15
Să vorbim despre sex
CAPITOLUL 16
Mă voi mai simţi vreodată odihnită?

PARTEA A TREIA
TERAPIA PENTRU SCHIMBARE
CAPITOLUL 17
Tratamentul hormonal al menopauzei
CAPITOLUL 18
Universul cinematic al hormonilor
CAPITOLUL 19
Fitoestrogenii, alimentele şi hormoni
CAPITOLUL 20
Hormonii bioidentici naturali şi preparatele magistrale
CAPITOLUL 21
Diete la menopauză
CAPITOLUL 22
..Menoceuticele”
CAPITOLUL 23
Contracepţia şi tranziţia spre menopauză
PARTEA A PATRA
PREIA CONDUCEREA SCHIMBĂRII
CAPITOLUL 24
Bun-venit la „menopetrecerea” mea

CAPITOLUL 25
Gânduri finale.
Materiale suplimentare
Bibliografie selectivă
Mulţumiri
[1] 5 ---------

INTRODUCERE

Manifestul

Dacă ar fi pe Yelp[1], menopauza ar avea o singură stea. Recenziile pe care le-ar primi ar suna cam asa:

9

Acest loc are dereglări de temperatură. Căldură sufocantă urmată de frisoane îngrozitoare. Sfidează legile termodinamicii. Nu as recomanda-o.

9

îngrozitor, îngrozitor, îngrozitor! Sângerarea era programată, dar a fost amânată fără înştiinţare prealabilă, aşa că a venit cu trei săptămâni mai târziu decât era prevăzut, în timp ce eram într-un taxi şi am pătat bancheta. Şoferul mi-a făcut o recenzie

9 îngrozitoare!

Zona a rămas uscată în timpul sexului.

Şi nu-i deloc de mirare. Cele mai multe femei habar nu au la ce să se aştepte atunci când nu mai aşteaptă să le vină menstruaţia şi este oribil şi descurajant să nu înţelegi ce se întâmplă cu corpul tău şi de ce.

Menopauza este ca şi cum ai fi trimisă să faci rafting fără un ghid la îndemână şi doar cu o vagă idee despre direcţia în care te îndrepţi, deşi te aştepţi să fie îngrozitor. Nu vei primi niciun sfat despre cum să ajungi la destinaţie sau cum să gestionezi oricare dintre obstacolele întâlnite, cum ar fi vârtejurile. în cazul în care ele există. Cine ştie? N-ai decât să te distrezi încercând să îti

I **f**

dai seama! Ce momente frumoase! Oh, şi să nu notezi nimic! Nu vrea nimeni să ştie amănunte despre călătoria ta sau cum te simţi după ce ajungi la destinaţie.

Teamă? Bifat. Incertitudine? Bifat. Implicaţii medicale? Bifat. Simptome neplăcute? Bifat. Irelevanţă din punct de vedere social? Bifat.

Nu-i deloc surprinzător că menopauza primeşte recenzii oribile.

Cultura tăcerii cu privire la menopauză în societatea noastră patriarhală este ceva uimitor. Menopauza nu este demnă nici măcar de ruşinea cu care societatea tratează vulva şi vaginul. Aparent, nu există nimic mai lipsit de valoare decât corpul unei femei care îmbătrâneşte, şi sunt mulţi cei care tratează menopauza nu ca pe o fază a vieţii, ci mai degrabă ca pe una premergătoare morţii.

Puţinele lucruri care se spun despre menopauză sunt adesea privite prin prisma insuficientei ovariene – afirmaţia că **f** **f**

menopauza este o boală care există pentru că femeile şi ovarele lor sunt slabe. Singurul temei pentru susţinerea acestui lucru este

acela că bărbaţii nu au parte de menopauză. Dar să compari astfel femeile şi bărbaţii este ca şi cum ai compara ficatul cu inima. Ficatul nu este slab sau bolnav pentru că nu bate ca inima, iar femeile nu sunt bolnave pentru că ovarele lor încetează să mai producă estrogen.

Absenţa temei menopauzei din discursul nostru face ca femeile să fie dezinformate, ceea ce le poate descuraja şi speria şi le îngreunează misiunea de a-şi susţine cauza, în consecinţă, multe dintre ele suferă din cauza simptomelor sau nu beneficiază de controale medicale ori de tratamente importante pentru că au fost respinse cu platitudini de genul „Orice femeie trece prin asta" sau „Nu este chiar atât de grav". Dar problemele legate de menopauză depăşesc chiar şi lipsa informaţiilor şi neglijenţa medicală. Femeile îmi spun că menopauza este o experienţă solitară, că nu există poveşti sau o cultură a menopauzei. Şi, astfel, nu există nici o reţea de persoane în care să se facă schimb de informaţii şi ***r f*** experienţe şi care să preia ştafeta de la medici. Nu există nimic care să ofere alinare.

Dar multe femei sunt disperate să afle mai multe despre menopauză, ca să înţeleagă cum şi de ce li se schimbă corpul, şi vor informaţii ca să ia decizii care să funcţioneze în cazul lor. în plus, ele vor şi să discute despre ceea ce se întâmplă cu corpul lor.

Eu compar aceste experienţe cu cele prin care am trecut eu. După ce am început studiile la facultatea de medicină când aveam 20 de ani şi după ce m-am specializat în obstetrică-ginecologie la 24 de ani, nu-mi amintesc să fi avut vreo perioadă în care să nu fi înţeles în detaliu schimbările f

hormonale produse atât de ciclul menstrual, cât şi de menopauză. Şi nu mă refer aici doar la anatomie, ci şi la modul în care să o aplic practic asupra propriului corp. Nu m- am gândit nici măcar o dată: *Uau, asta m-a luat prin surprindere!* sau *De ce transpir atât de mult la vârsta de 45 de ani?* sau *CE SE ÎNTÂMPLĂ – DE CE SÂNGEREZ PESTE TOT?*

Cunoştinţele mele medicale nu m-au ferit de acneea specifică menopauzei, de bufeuri sau de acele menstruaţii abundente f

„speciale" care sunt tipice tranziţiei spre menopauză. Dar pentru că ştiam exact ce se întâmplă şi când să apelez la medic, întregul proces a părut o rutină. Pentru că ştiam care teste sunt indicate şi care nu şi pentru că înţelegeam aspectele medicale, mi-a fost mult mai uşor să parcurg opţiunile de tratament, să-l aleg pe cel mai sigur şi mai eficient şi să evit marketingul înşelător. Când am pornit în tranziţia spre menopauză, petrecusem deja mai bine de 20 de ani vorbind cu femeile despre modul în care resimt menopauza şi ajutându-le să îşi controleze simptomele şi orice altă problemă de sănătate, aşa că auzisem multe poveşti şi cunoşteam cam toate stările, precum şi opţiunile de tratament. Am

fost norocoasă că perspectiva mea asupra subiectului nu se limita la ceea ce văzusem acasă. Menopauza mamei mele fusese ca un vulcan şi, dacă acesta ar fi fost singurul punct de plecare, aş fi fost destul de speriată.

Pe internei, dar şi în timpul turneului de promovare a cărţii mele *Biblia vaginului-* şi în multe interviuri cu jurnalştii, am auzit adesea (şi încă mai aud şi astăzi) întrebări legate de menopauză precum „Ce să fac?" şi „Cui să mă adresez?". îmi amintesc în special un interviu care nu avea nicio legătură cu menopauza, şi nici măcar cu menstruaţia, şi în timpul căruia, dintr-un motiv oarecare, am menţionat tangenţial că folosesc un plasture cu estrogen. Din momentul acela, conversaţia a deviat complet şi jurnalista a vrut să discutăm numai despre menopauză. Observând des asemenea lucruri, am înţeles că femei din toată lumea au nevoie de astfel de informaţii

I şi asa am devenit obsedată de ideea că

/ /
fiecare femeie ar trebui să ştie despre menopauză la fel de multe ca orice ginecolog bine informat, ceea ce mi-am şi propus să fac în această carte.

Ca să treacă prin menopauză, femeile au nevoie de adevăruri ştiinţifice, deoarece puterea necesită informaţii exacte – dar au nevoie şi de feminism, deoarece corpul nostru, îngrijirea medicală şi chiar şi mentalitatea au fost colonizate de un tipar de gândire patriarhal. Absenţa culturii
menopauzei din discuţiile noastre este urmarea dorinţelor femeilor. Ele nu şi-au dorit nici limbajul adesea peiorativ cu privire la menopauză, şi nici neglijenţa medicală.

Femeile aud adesea doar aspectele neplăcute legate de menopauză, dar adevărul este că trăirea acestei etape reprezintă o multitudine de alte lucruri. Multe femei au simptome uşoare, unele moderate, iar altele severe. De cele mai multe ori, aceste simptome sunt temporare, dar ocazional sunt de lungă durată. într-adevăr, menopauza dă startul unei serii de evenimente biologice care cresc riscul femeii de a suferi de mai multe afecţiuni medicale, cum ar fi bolile cardiovasculare şi osteoporoza. Dar menopauza nu este singura vopsea din paleta care poate fi folosită pentru portretul unei femei. Vârsta, alte afecţiuni medicale, dieta, exerciţiile fizice şi chiar experienţele negative din copilărie dau, de asemenea, culoare tabloului. Aşadar, atunci când vrea să ştie ce ar trebui să facă, este important ca femeia să facă un pas înapoi şi să privească imaginea de ansamblu. Controlarea menopauzei este exerciţiul suprem al medicinei generale sau al celei holistice.

Menopauza nu este o boală, ci o adaptare evolutivă, care face parte din supravieţuirea speciei, la fel ca perioadele menstruale sau capacitatea organismului de a-şi suprima sistemul imunitar în timpul sarcinii, astfel încât să nu atace fătul. Ca şi celelalte fenomene biologice, menopauza
este asociată cu unele efecte negative – în acest caz, cu simptomele sale supărătoare pentru unele femei şi cu un risc crescut de apariţie a mai multor afecţiuni medicale. Dar menopauza intervine când femeia îmbătrâneşte, aşa că este la fel de important să nu respingem fiecare simptom ca având legătură cu hormonii. Este vital ca femeile să ştie despre menopauză, dar şi despre tot ceea ce vine la pachet împreună cu ea, astfel încât să poată înţelege ce se întâmplă cu corpul lor, să privească în perspectivă şi să ceară asistentă medicală atunci când f
este nevoie.

Manifestul este o declaraţie sau o proclamaţie publică şi a trecut de mult momentul în care ar fi trebuit să avem un manifest despre menopauză, deoarece în 2021 s-au împlinit 200 de ani de la apariţia acestui cuvânt. Manifestul meu este pentru ca toate femeile să aibă cunoştinţele pe care le-am avut eu pentru a le ajuta să treacă prin menopauză. Cer ca epoca tăcerii şi a ruşinii cu privire la menopauză să facă loc adevărurilor ştiinţifice şi feminismului. Declar că trebuie să încetăm să privim menopauza ca pe o boală, pentru că asta ar însemna că să fii femeie este o boală, iar eu resping această ipoteză prost construită.

Declar, de asemenea, că ceea ce crede patriarhatul despre menopauză este ¡relevant. Bărbaţii nu au dreptul să definească importanţa femeii la nicio vârstă.

Dacă eşti la câţiva ani distantă de
I / f
menopauză, sper că această carte te va
ajuta să înţelegi ce te aşteaptă. Sper ca ea să-ţi permită să priveşti menopauza ca pe o etapă a vieţii, dar să te şi informeze cu privire la măsurile preventive care pot fi luate pentru diminuarea oricărui impact al ei asupra sănătăţii. în plus, sper ca această carte să îti ofere cunoştinţele necesare pentru a-ţi gestiona cât mai bine menopauza, în funcţie de preocupările tale individuale.

Dacă ai intrat deja în Echipa Menopauzei, sper că această carte te va ajuta să înţelegi cum ai ajuns în această etapă – din punct de vedere biologic – şi că îţi va oferi informaţiile necesare despre ceea ce trebuie să iei în considerare în continuare, din punct de vedere al sănătăţii. Nu este niciodată prea târziu pentru a lua măsuri preventive, iar multe simptome şi afecţiuni medicale ar putea avea încă nevoie să fie ţinute sub control.

Iar dacă te afli în perioada de tranziţie spre menopauză şi te confrunţi cu acel haos hormonal, să ştii că pentru multe femei aceasta este cea mai dificilă etapă. Adesea, şi numai să recunoşti acest lucru poate fi de ajutor. Sper ca informaţiile de aici să te ajute să înţelegi mai bine ceea ce se întâmplă cu corpul tău, iar dacă suferi, sper să te consoleze faptul că există multe explicaţii pentru ceea ce simţi, dar şi tratamente – iar aceste probleme nu vor dura la nesfârşit. Speranţa mea este ca această carte să te ajute să menţii în echilibru canoea în care faci rafting, ca să-ţi poţi trage sufletul.

Dacă eşti o persoană transgen sau nonbinară, trecerea prin menopauză sau trăirea unor simptome asemănătoare menopauzei depinde de mulţi factori. Bărbaţii trans şi multe persoane nonbinare care nu iau hormoni resimt schimbările menopauzei descrise în această carte. Femeile trans care renunţă la estrogen, precum şi bărbaţii trans şi unele persoane nonbinare care iau testosteron, pot avea simptome asemănătoare menopauzei. Deşi sper ca informaţiile din această carte să fie utile, studiile care au stat la baza ei au inclus femei care au sau au avut ovare, iar extrapolarea datelor la persoanele trans şi nonbinare s-ar putea să nu fie întotdeauna exactă. Este nevoie urgentă de cercetări suplimentare.

Adevărurile ştiinţifice pot face ordine în haosul şi incertitudinea provocate de menopauză, deoarece informaţiile pot risipi temerile şi oferi opţiuni de tratament. Chiar dacă opţiunea este de a nu acţiona în niciun fel, totuşi, ea reprezintă o poziţie de putere, pentru că este un act de afirmare a autonomiei. Feminismul le poate ajuta pe femei să vadă prejudecăţile care ar fi putut sta la baza convingerilor anterioare şi să îşi redefmească menopauza nu ca pe un eveniment final, ci ca pe o altă fază a vieţii.

Femeile vor mai multe informaţii despre menopauză, iar informaţiile pot diminua suferinţa. Să ştii ce se întâmplă cu corpul tău şi că nu eşti singura care se confruntă cu astfel de lucruri este un remediu puternic.
Adevărurile ştiinţifice le dau femeilor puterea de a lua deciziile care li se potrivesc în ceea ce priveşte sănătatea – nu poţi fi o pacientă informată dacă ai informaţii inexacte.
r

Nu ar trebui să fie nevoie de un act de feminism ca să ştii cum funcţionează corpul tău, dar este. Şi se pare că nu există un act de feminism mai mare decât să vorbeşti
I despre un corp aflat la menopauză într-o societate de tip patriarhal.
Asa că haide să ne facem auzite.
f

PARTEA INTAI
Revendicarea schimbării
Să-ţi înţelegi corpul ca act de feminism
CAPITOLUL 1
A doua maturizare
De ce contează menopauza
Menopauza este pubertatea în sens invers – o tranziţie de la o fază biologică a funcţiei ovariene la alta, dar modul în care privim aceste două procese nici că ar putea fi mai diferit.

Pubertatea este un subiect frecvent, sau cel puţin un actor în rol secundar, în romanele pentru adolescenţi şi tineri. (Slavă Domnului că există Judy Blume-i) Pubertatea este adesea abordată – cel puţin elementele ei esenţiale – în programele şcolare la biologie şi în educaţia sexuală
9 *9* *9*
(deşi, din păcate, educaţia sexuală nu se predă în toate şcolile şi nu se face întotdeauna corect). Medicii verifică, de
asemenea, reperele pubertăţii, cum ar fi dezvoltarea sânilor şi apariţia părului pubian, pentru a se asigura că ea progresează corect, şi chiar şi simplul act de măsurare a înălţimii cu un creion pe cadrul uşii în timpul unei perioade de creştere este o confirmare elementară a existenţei pubertăţii. Maturizarea – trecerea de la copilărie la adolescenţă şi apoi la vârsta adultă – este în mod obişnuit sărbătorită sau cel puţin recunoscută în mai multe culturi şi/sau religii (deşi, ca o paranteză, este important de menţionat că menstruatia nu transformă ***r*** ***r***
ca prin farmec o fată în femeie). Pubertatea este şi un factor declanşator al unor
I **I**
afecţiuni medicale, de exemplu, acneea, menstruaţiile dureroase şi depresia. Pubertatea declanşează chiar şi lanţul de
I **J** /
procese care ar putea conduce într-o zi la apariţia cancerului de sân.

Cu toate că nivelul şi acurateţea
I ***r***
informaţiilor despre pubertate pot varia de la o cultură la alta, de la o şcoală la alta şi de la o familie la alta, aproape toată lumea poate recunoaşte existenţa ei şi, în general, reuşeşte să discute despre ea fără să o considere o boală sau fără să încadreze copilăria – perioada din viaţă în care aceste probleme nu sunt prezente – ca fiind standardul de aur în materie de sănătate.

Spre deosebire de pubertate, chiar dacă este o experienţă prin care trece fiecare persoană cu ovare care trăieşte suficient de mult, menopauza este învăluită în mister. Nu există o programă şcolară dedicată
menopauzei, iar medicii rareori discută despre ea înainte să apară. în general, se vorbeşte despre acest subiect abia după ce o femeie îşi exprimă îngrijorările. Când se discută despre menopauză în societatea occidentală, ea este adesea privită negativ, ca o glumă proastă sau chiar ca o boală. Este o consecinţă a convingerii periculoase că femeile îşi pierd valoarea odată ce nu mai sunt capabile să se reproducă şi a ipotezei false că menopauza este o disfuncţie biologică, deoarece nu există un echivalent al ei la bărbaţi, care pot produce spermă până la bătrâneţe. Dar dacă am privi acest argument dintr-un alt unghi, am putea la fel de bine să spunem că bărbaţii au o disfuncţie biologică pentru că nu pot purta o sarcină sau pentru că fac boli de inimă mai devreme decât femeile. Dar să fim realişti!
I
Deşi, teoretic, bărbaţii au aparatul biologic necesar pentru a se reproduce până la moarte, îmbătrânirea are un impact semnificativ asupra fertilităţii masculine şi a capacităţii fizice a unui bărbat de a fi activ sexual. Când un corp masculin cisgen idealizat este folosit ca aşa-zis standard, este uşor să privim corpul feminin ca fiind imperfect. Acesta este un principiu de bază al patriarhatului.

Aş vrea să lămurim, totuşi, lucrurile. Menopauza merită cel puţin aceeaşi atenţie ca pubertatea (aş spune chiar mai multă), şi nu este o boală, aşa cum nici să fii bărbat nu este o boală.
Ce este menopauza?
Cuvântul nu are nicio legătură cu bărbaţii-, ci a fost folosit pentru prima dată în 1812 de medicul francez Charles De Gardanne, care a pornit de la cuvântul *ménèpausie,* o combinaţie între *menes* şi *pausie* („lună" şi, respectiv, „încetare", în greacă – un termen obişnuit pentru această etapă a vieţii). în 1821, De Gardanne a actualizat termenul în *ménopause,* iar apoi, undeva pe parcurs, accentul a fost abandonat în literatura medicală.

Menopauza apare atunci când în ovare nu mai există foliculi capabili să ovuleze, ceea ce înseamnă că nu mai există ovule. Vârsta medie când se întâmplă acest lucru este de 50-52 de ani. Una dintre trăsăturile definitorii este scăderea drastică a nivelului de estrogen, deoarece foliculii sunt principala sursă a acestui hormon. Scăderea estrogenului este cea care cauzează multe dintre simptomele şi problemele medicale specifice menopauzei. Cu toate acestea, există noi cercetări care sugerează că şi alte modificări hormonale (pe care le vom discuta mai târziu) sunt la fel de importante.
UM
(Menopauza medicalâ)
Faza reproductivâ Tranziţia spre menopauzâ
Postmenopauza
Premenopauza
Ian
Perimenopauza
Continuitatea menopauzei, experienţa menopauzei
Figura 1. Fazele funcţiei ovariene

Din punct de vedere medical, tranziţia spre menopauză este perioada care precedă ultima menstruaţie (sau UM), UM marchează instalarea menopauzei, iar tot ceea ce urmează după aceasta este postmenopauză (vezi figura 1). Deoarece nu este posibil să se ştie care este ultima menstruaţie până când într-adevăr este ultima, menopauza este confirmată în mod oficial la 12 luni *după* UM.

Tranziţia spre menopauză este perioada care precedă UM şi se caracterizează prin fluctuaţii hormonale care au ca rezultat ***r***
cicluri neregulate şi diferite simptome, cum ar fi bufeurile. Există alti doi termeni comuni f pentru tranziţia spre menopauză: premenopauza, care se poate substitui tranziţiei spre

menopauză, şi per/menopauza (a nu se confunda cu premenopauza, care este un termen separat), care reprezintă tranziţia spre menopauză, precum şi primul an de după ultima menstruaţie.

Durata tranziţiei spre menopauză (sau premenopauza) poate varia semnificativ de la o femeie la alta şi nu este întotdeauna

posibil să ne dăm seama la ce dată a început. în timpul tranziţiei spre menopauză pot exista o mulţime de menstruaţii finale false sau „păcăleli", când o femeie crede că a avut ultima menstruaţie şi apoi observă că nu este aşa, în timp ce pentru altele trecerea prin această etapă poate fi mai degrabă un proces gradual sinuos. Sau ambele. Singurul lucru previzibil la tranziţia spre menopauză este imprevizibilitatea.

La terminologia confuză se mai adaugă şi modul colocvial în care discutăm despre menopauză. Multe femei şi medicii nu se zgârcesc să folosească adesea cuvântul „menopauză". De exemplu, femeile spun „trec prin menopauză", referindu-se la tranziţia spre menopauză, sau „sunt la menopauză", vorbind despre postmenopauză. Eu sunt adepta utilizării termenului „menopauză" pentru a cuprinde întregul proces continuu de la tranziţie încolo, deoarece simptomele şi afecţiunile medicale legate de această etapă nu încep şi nu se opresc ca prin farmec odată cu ultima menstruaţie. Momentul ultimei f menstruaţii contează pentru cercetare şi fertilitate şi în evaluarea sângerărilor uterine anormale, dar, în rest, este mai degrabă o notă de subsol decât un element principal. Mi se pare că folosirea termenului „menopauză", în general, şi precizarea cât mai precisă a ultimei menstruaţii atunci când contează din punct de vedere medical sunt cea mai bună modalitate de a facilita comunicarea.

Lipsa informaţiilor

în ciuda caracterului universal al menopauzei, multe femei nu sunt bine informate în privinţa simptomelor, a schimbărilor fizice, a problemelor medicale sau a opţiunilor de tratament. Lipsa informaţiilor este rezultatul combinaţiei f f toxice între incapacitatea medicilor de a satisface nevoile educaţionale ale *r* pacientelor (medicina are unele probleme serioase de comunicare) şi misoginismul medical, adică tradiţia îndelungată a medicinei de a neglija femeile. în consecinţă, femeile se confruntă cu respingerea simptomelor şi a îngrijorărilor privitoare la sănătate în timpul menopauzei, pe motiv că sunt inventate, lipsite de importanţă sau doar o „parte firească a ceea ce înseamnă să fii femeie" – adică ceva ce trebuie să înduri.

Dar pudoarea socială se extinde dincolo de cabinetul oricărui medic. Există un dispreţ general faţă de femei pe măsură ce îmbătrânesc. Poate că dispreţ nu este cuvântul potrivit, deoarece preocupările femeilor pe măsură ce îmbătrânesc sunt adesea atât de lipsite de importanţă, încât nici măcar nu merită acest efort minim, ele fiind pur şi simplu ignorate.

în adolescenţă, citeam cărţi în care personajul principal avea menstruaţie sau probleme în privinţa alegerii sutienului, iar în grupul meu de prietene existau câteva mame cool care erau dispuse să vorbească cu noi despre produsele pentru menstruaţie. Discutam deschis cu prietenele mele despre menstruaţie. Era interesant. Nu ştiam exact f *9* de ce, dar eram conştientă că e un indicator al importanţei mele în societate. Mi-am amintit aceste conversaţii într-o călătorie *r* făcută de curând acasă, în Winnipeg, când am luat prânzul cu Tiffany, una dintre prietenele mele din gimnaziu. Ce anume crezi că ne-a marcat amândurora amintirile? Faptul că fuseserăm ultimele două fete din grup cărora le venise menstruaţia. Mie, la începutul primăverii anului 1980, iar lui Tiffany, o lună mai târziu.

în schimb, nu există relatări despre maturizarea femeilor aflate la menopauză, iar rarele momente în care se face aluzie la această etapă par întotdeauna negative. Adesea, femeile nu discută despre menopauză nici măcar între ele. Probabil că nu sunt sigure ce se întâmplă, aşa că sunt mai puţin dispuse să împărtăşească experienţa lor sau presupun în mod eronat că majoritatea tratamentelor sunt ineficiente ori nesigure sau chiar că nu există tratamente disponibile. Şi atunci de ce să se mai deranjeze? în plus, spre deosebire de prima menstruaţie, ultima pare să marcheze punctul în care începe bătrâneţea – şi cine îsi doreşte să aibă 48 de ani şi să facă

9 *9* *9*

planuri pentru a deveni fie o curajoasă femeie detectiv care este fortată să îsi

J *9*

prezinte competenţele ca pe o serie de întâmplări norocoase, fie o matroană răzbunătoare care îşi varsă nervii pentru impotenţa sa socială pe toţi cei care îi ies în cale, fie o casnică asexuală care deţine din ce în ce mai multe pisici cu abilităţi îndoielnice de a folosi litiera?

în cei peste 25 de ani de când sunt ginecologă, ştiinţa privind tratamentul hormonal al menopauzei (THM) s-a schimbat semnificativ, iar comunicarea eficientă a modului în care evoluează ea se face cu dificultate. Pe toti ne linişteşte *r* *9* *9* certitudinea, dar adevărul este că medicina funcţionează în mare parte în nuanţe de gri. Ceea ce credem în prezent că este adevărat în medicină s-ar putea schimba când mai multe cercetări devin disponibile sau când se dezvoltă o nouă tehnologie care să răspundă unor întrebări pe care nici nu visam vreodată să le punem. Şi mai sunt şi titlurile de presă. Frica vinde şi se pare că o mare parte dintre subiectele acoperite de presa nespecializată supralicitează riscurile observate în cazul anumitor tratamente. Pe lângă ştirile şi revistele obişnuite, femeile trebuie să parcurgă şi informaţiile care sunt sau nu de calitate de pe reţelele de socializare.

Mai există şi chestiunea informării

9

greşite şi chiar a dezinformării, deoarece tăcerea dăunătoare în privinţa menopauzei şi lipsa informaţiilor sunt exploatate atât de industria farmaceutică, cât şi de cei care vând suplimente şi alte produse aşa-zise naturale.

Menopauza: noţiuni de bază

Majoritatea femeilor îşi petrec o treime sau chiar jumătate din viaţă după menopauză. Dacă incluzi şi perioada de tranziţie spre menopauză, atunci este cu siguranţă vorba despre jumătate. în Statele Unite, există în prezent 70 de milioane de femei în vârstă de 45 de ani sau mai mult, iar la nivel mondial numărul lor depăşeşte 1 miliard. Pe măsură ce populaţia îmbătrâneşte din cauza scăderii natalităţii, procentul femeilor aflate în tranziţie spre menopauză sau care sunt în postmenopauză nu face altceva decât să crească.

Fluctuaţiile hormonale care încep în perioada de tranziţie spre menopauză pot declanşa o mulţime de simptome. Pentru unele femei, ele pot fi suficient de deranjante ca să fie tratate; pentru altele, să ştie că ceea ce se întâmplă este ceva obişnuit poate fi suficient. Să

crezi că o chestie ciudată care se petrece cu corpul tău ţi se întâmplă doar ţie te face să te simţi foarte neputincioasă, iar multe femei se simt uşurate să ştie că experienţele prin care trec sunt obişnuite şi de aşteptat. De asemenea, este important ca femeile să ştie ce simptome pot semnala o problemă mai gravă şi ce este supărător, dar nu periculos.

Să-ţi dau un exemplu. La opt luni de la ultima mea menstruaţie, mă îndreptam spre Europa şi, cum avusesem nişte bufeuri puternice, eram sigură că s-a terminat cu ea. Eram entuziasmată că nu mai trebuie să împachetez tampoane şi absorbante. Apoi, după doar cinci minute din cele zece ore cât avea să dureze zborul – beculeţul pentru centura de siguranţă era încă aprins –, am simtit un şuvoi cald şi lenjeria mea intimă s- a îmbibat de sânge. Cum stăteam eu pe
toaleta din avion, mă simţeam ca Michael Corleone *(Naşul ///)* şi mormăiam către ovarele mele: „Tocmai când credeam că am scăpat, mă băgaţi din nou în bucluc!"

Schimbarea lenjeriei de corp în toaleta avionului (încă un spaţiu care nu a fost gândit pentru persoanele cu menstruaţie) şi folosirea timp de zece ore a unor absorbante ieftine din avion care au dus la o iritaţie a vulvei chiar la începutul vacanţei au fost foarte deranjante – cantitatea de sânge nu a fost. Dacă as fi făcut multe călătorii
9
internaţionale în general, poate că aş fi luat în calcul un medicament care să mă ajute să îmi reglez menstruaţia, pentru că peripeţiile menstruale la altitudine de croazieră nu sunt tocmai preferatele mele. De aceea, este important ca femeile să cunoască toate opţiunile pe care le au, astfel încât să poată alege dacă doresc sau nu un tratament. Preocupările legate de calitatea vieţii nu sunt ceva banal, este vorba doar despre medicină.

Simptomele comune care pot fi resimţite de-a lungul perioadei de menopauză sunt enumerate în figura 2 şi le vom aborda în detaliu pe parcursul cărţii. Lăsând la o parte calitatea vieţii, menopauza este importantă şi pentru că este asociată cu o varietate de probleme de sănătate (le găseşti în aceeaşi figură), iar acestea nu sunt o problemă secundară a sănătăţii femeilor, ci una esenţială.

r

SIMPTOME	**AFECŢIUNI MEDICALE**
Sângerări menstruale anormale (menstruaţii abundente şi/sau neregulate, sângerări între menstruaţii)	Boli cardiace
Bufeuri şi transpiraţii nocturne	Osteoporoză
Tulburări de somn	Dementă şi boala 1 *r* Alzheimer
Modificări cognitive temporare (confuzie)	Depresie
Uscăciune vaginală	Sindrom metabolic
Dureri în timpul actului sexual	Diabet de tip 2
Scăderea libidoului	Sindromul genito- urinar de menopauză
Dureri articulare	Infecţii ale tractului urinar

Figura 2: Simptome comune şi afecţiuni medicale asociate cu menopauza

Bolile cardiovasculare, care sunt asociate menopauzei, ucid în Statele Unite aproape 400 000 de femei în fiecare an sau 1 din 3 femei. Prin comparaţie, cancerul de sân ucide aproximativ 40 000 de persoane şi, cu toate acestea, multe femei cu risc mediu atât de boli cardiovasculare, cât şi de cancer de sân sunt mult mai speriate de cancerul mamar, chiar dacă este mai probabil ca bolile cardiovasculare să le ucidă. Aici nu este vorba despre preferinţele pe care le au bolile (în lipsa unei exprimări
mai reuşite). în schimb, pentru a avea o perspectivă, trebuie să facem un pas înapoi şi să privim ansamblul bolilor care afectează femeile.

Aud uneori oameni care spun că facultăţile de medicină au nevoie de un curs f
despre menopauză, dar nu poţi separa femeile de menopauză. Răspunsul nu este să punem menopauza într-un compartiment separat, pentru că asta le forţează pe femei să se izoleze. în schimb, studiile privind afecţiunile medicale şi medicamentele
J **I**
trebuie să includă femei de toate vârstele, astfel încât să înţelegem cum putem gestiona sănătatea femeilor pe toată perioada menopauzei.

Menopauza nu are loc în vid

Unul dintre aspectele complexe ale menopauzei este acela că apare pe măsură ce îmbătrânim, şi astfel poate fi dificil să faci distincţia între ceea ce are legătură cu hormonii şi ceea ce este legat de vârstă. în plus, odată cu trecerea anilor acumulăm afecţiuni medicale, iar multe dintre ele au simptome care se pot suprapune peste cele ale menopauzei.

Să ne gândim, de pildă, la o problemă frecventă la menopauză: tulburările de somn. Acestea pot avea legătură cu vârsta sau cu afecţiuni medicale cum ar fi apneea în somn sau depresia. Ba mai mult, tranziţia spre menopauză poate declanşa depresia, iar insomnia o poate agrava. Şi apneea în somn este asociată depresiei. Este un nod gordian medical. Aşadar, medicul şi pacienta trebuie să se asigure că au luat în considerare toti factorii care contribuie la J această situaţie şi modul în care ei pot fi corelaţi, înainte de a presupune că un simptom care apare în timpul tranziţiei spre menopauză sau în timpul postmenopauzei chiar are legătură cu hormonii. Este important ca femeile să nu fie trimise la plimbare cu o simplă replică precum „doar menopauza este de vină" sau să II se spună că hormonii „vor rezolva totul", când în realitate este vorba despre alte afecţiuni medicale – unele potenţial grave – care pot constitui cauza principală.

Iar situaţia poate deveni şi mai complexă de-atât. Sănătatea şi modul în care îmbătrânim – nu doar ovarele, ci tot organismul – sunt legate de macromediul în care trăim. De exemplu, dieta, exerciţiile fizice, stresul, relaţiile personale sau dacă am născut şi, în acest caz, dacă am alăptat. Unii oameni se referă la aceste exemple ca fiind factori care influenţează stilul de viaţă, deşi mie personal nu-mi plac aceşti termeni, deoarece nu este vorba despre a alege între abonamentele la sala de sport.

Alti factori demni de luat în seamă sunt f cei sociali determinanţi ai sănătăţii, cu alte cuvinte, condiţiile socioeconomice în care ne naştem, creştem, trăim, muncim şi îmbătrânim şi care ne afectează sănătatea şi calitatea vieţii. Mă gândesc adesea la aceşti factori ca la un micromediu. Prin intermediul mai multor mecanisme, ei produc diferenţe inechitabile care pot fi prevenite în ceea ce priveşte starea de sănătate. Printre ei se numără lipsa accesului la asistentă medicală şi la o f I educaţie adecvată, condiţiile de muncă nesigure, condiţii de trai inadecvate, rasismul şi alimentaţia precară. Aceşti factori socioeconomici afectează sănătatea într-un mod complex, deoarece ei sunt adesea interdependenţi şi pot fi cumulativi. Factorii sociali determinant! ai sănătăţii sunt J J asociaţi cu vârsta la care apare menopauza, la fel ca multe dintre simptomele şi afecţiunile asociate menopauzei.

Un factor social determinant al sănătăţii

J foarte important este expunerea la situaţii nefaste în copilărie, cunoscute sub numele ENC (experienţe negative din copilărie). Printre acestea se numără traumele precum abuzul emoţional sau fizic din partea unui părinte, hrană sau haine insuficiente, pierderea unui părinte, convieţuirea cu o persoană care are probleme cu alcoolul sau cu drogurile, asistarea la acte de violenţă în familie şi abuzul sexual.

ENC influenţează unele comportamente care pot avea un impact asupra menopauzei, de exemplu, dacă o femeie fumează sau vârsta la care are prima sarcină. Dar este mult mai mult decât atât. Există un număr tot mai mare de lucrări de specialitate care arată că experienţele negative din copilărie conduc la multe rezultate nefaste pentru sănătate prin declanşarea unui răspuns dereglat la stres, care afectează creierul în dezvoltare, precum şi sistemul endocrin şi imunitar. Acest lucru este cunoscut sub numele de răspuns la stresul toxic şi poate avea complicaţii extrem de grave. Expunerea la patru sau mai multe experienţe negative în copilărie creşte riscul multor afecţiuni corelate cu menopauza, cum ar fi infarctul, accidentul vascular cerebral, tulburările de somn, boala Alzheimer, diabetul, depresia şi cancerul de sân. Traumele pot reconfigura la propriu creierul şi corpul unei persoane.

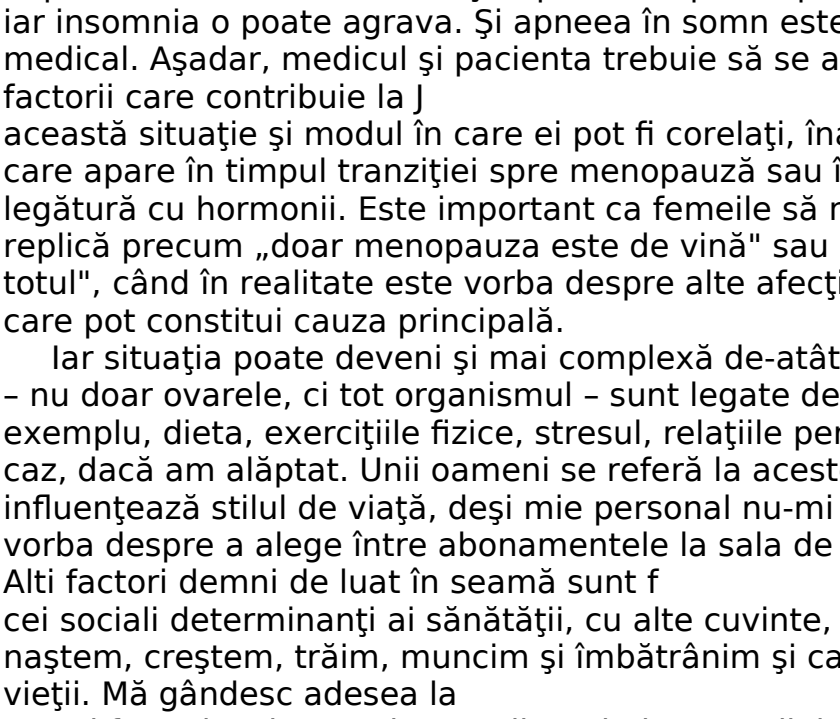


Figura 3. Diagrama celor 5 M: Menopauza în perspectivă

Când evaluez orice problemă de sănătate, consider că este util să iau în considerare ceea ce eu numesc Diagrama celor 5 M – un fel de diagramă Venn (sau diagrama Jenn™) a menopauzei. Nucleul este format din menopauză, medicină (afecţiunile medicale) şi maturitate (legată de vârstă), iar în jurul lui gravitează macromediul şi micromediul (vezi figura 3).

Femeile reprezintă mult mai mult decât ovarele lor, aşa că este important să privim tabloul în ansamblu pentru a avea o perspectivă corectă.

DE RETINUT

f

- Menopauza este tranziţia de la o fază a funcţiei ovariene la alta – este în esenţă pubertatea în sens invers.
- Modificările hormonale ale menopauzei pot avea consecinţe biologice în cascadă, care pot provoca simptome supărătoare şi probleme de sănătate multor femei.
- Sunt multe cele care îsi trăiesc între o treime şi

f **f**

jumătate din viaţă în perioada continuă a menopauzei.

- Există o discrepanţă uriaşă între ceea ce ştim din punct de vedere medical şi informaţiile accesibile femeilor.
- Vârsta, afecţiunile medicale, factorii de mediu şi

factorii sociali determinant! ai sănătăţii influenţează modul în care femeile trec prin menopauză.

CAPITOLUL 2

Istoria şi limbajul menopauzei

De la o vârstă critică la schimbare

Oare cuvântul „menopauză" a fost cel care a încadrat în domeniul medical un proces normal, fiziologic, sau numirea acestei experienţe a reprezentat actul suprem al matriarhatului – validarea simptomelor şi atragerea atenţiei asupra unui aspect extrem de neglijat al sănătăţii femeilor?

Ar putea fi ambele. în cazul menopauzei, răspunsurile nu sunt niciodată destul de simple. Menopauza în viziunea medicinei, din Antichitate până la începutul secolului al XIX-lea Pierderea menstruatiei odată cu înaintarea f în vârstă este menţionată atât în scrierile *9* medicale chinezeşti, cât şi în cele greceşti şi se înţelegea că acest lucru înseamnă sfârşitul fertilităţii. în medicina tradiţională *9 99* chineză, perioada de după ultima menstruaţie nu era considerată diferită de f cea a bătrâneţii şi la fel cum femeile încetau *9 9* să mai aibă menstruaţie, şi bărbaţii produceau mai puţină spermă. Grecii antici erau extrem de interesaţi de menstruaţie ca *9 9* semn vital. Conform mentalităţii de atunci, bărbaţii erau în echilibru cu lumea, în timp ce femeile erau excesiv de umede, deoarece carnea lor avea o textură moale şi

9 buretoasă, absorbind lichid în exces din alimentaţie. Pentru a compensa acest lucru, femeile eliminau lichidul o dată pe lună din uter. Ori de câte ori cineva îl menţionează pe Hipocrate sau foloseşte cuvântul „antic" ca fiind un reper la care să aspiri în materie de sănătate, mă gândesc la medicii antici greci, care credeau că femeile au „instalaţia sanitară" defectuoasă.

în medicina greacă antică – fundamentul medicinei antice romane, persane, arabe şi apoi al celei occidentale moderne –, absenţa menstruaţiilor era considerată îngrijorătoare, deoarece era un semn al unei potenţiale probleme de fertilitate, dar şi al unei acumulări periculoase de fluid. Acest lucru explică în mare parte obsesia medicinei antice fată de menstruaţie – multe dintre *r r* cele 1 500 de retete farmaceutice din *r* colecţia hipocratică, adică vreo 80% dintre ele, sunt legate de menstruaţie. Explică totodată şi motivul pentru care există o detaliere atât de minuţioasă a vârstei *r* preconizate pentru ultima menstruaţie în majoritatea scrierilor medicale antice occidentale. Medicii antici greci şi romani erau foarte exacţi în privinţa datelor înregistrate legate de vârsta medie la care apare menopauza – pierderea fertilităţii era un eveniment important.

Medicii antici cunoşteau foarte bine *9* conceptul „ultima menstruaţie", doar că simptomele – dacă existau – şi ceea ce se întâmpla după par să nu-i fi interesat. Este important să ne amintim că medicina, ca orice altceva, a existat în primul rând pentru a satisface nevoile (şi, prin urmare, pentru a asigura patronajul) elitei masculine, care probabil nu era interesată de corpul feminin care îmbătrânea. Interesant este că, în unele societăţi antice din Grecia, femeile aflate la postmenopauză erau numite „preotese" (menopauza era văzută ca o virginitate reînnoită care asigura nivelul de puritate de care o femeie avea nevoie pentru sacerdoţiu).

Prima menţiune în literatura medicală *9* occidentală a simptomelor pe care le putem identifica în prezent ca fiind legate de menopauză datează din 1582. Dr. Jean Liébault, medic francez, a descris *les petites rougeurs* sau roseata uşoară – ceea ce în W *9 9 9* prezent am numi „bufeuri" – care se manifesta de obicei la nivelul fetei şi se *9 9* termina adesea cu *moiteurs* sau transpiraţie abundentă. Aceste cuvinte nu diferă cu nimic de ceea ce aş putea auzi în prezent într-un cabinet.

Dr. Liébault era specialist în afecţiunile femeilor şi medicul Ecaterinei de Bourbon *9* (sora lui Henric al IV-lea, regele Franţei). El era adeptul ideii că patronajul joacă un rol important în descoperirile medicale, însă era şi cu mult înaintea vremurilor sale în multe *9* privinţe. A afirmat că „femeia nu este un bărbat imperfect", era împotriva căsătoriilor forţate ale femeilor, credea că scurgerile menstruale sunt sânge, şi nu fluide toxice, a descris balonarea dinaintea menstruaţiei şi f *9* credea că plăcerea în timpul sexului este la fel de importantă pentru femei cât este şi pentru bărbaţi. A fost căsătorit cu poeta Nicole Estienne, care a scris manifestul *Les misères de la femme mariée,* un rechizitoriu la adresa instituţiei căsătoriei şi a bărbaţilor. *9 9 9* Dacă mariajul lor a fost fericit sau nu contează mai puţin în cazul de faţă.

în timp ce prin observaţiile sale despre sănătatea femeilor Liébault era evident un reprezentant al Renaşterii în medicină, majoritatea medicilor din acea vreme erau limitaţi de convingerea că femeile sunt o versiune inferioară a bărbaţilor, precum şi de necunoaşterea anatomiei feminine şi de *9 9* lipsa totală de înţelegere a menstruaţie!. Deşi odată cu înaintarea în vârstă pierderea menstruaţie! era previzibilă, aceasta era considerată vinovată pentru majoritatea bolilor care le afectează pe femei după ultima menstruaţie. Sângele menstrual era considerat toxic, cauza unei game vaste de boli, de la avorturi spontane la cancer, de la tuberculoză la rabie. Se credea că sângele menstrual poate să ucidă plantele şi să distrugă oglinzile, dar şi că starea de sănătate a femeilor se înrăutăţeşte pe măsură ce îmbătrânesc, deoarece devin prea firave pentru a mai putea elimina această substanţă toxică, astfel că ea se acumulează în organism.

Prima disertaţie oficială despre ceea ce numim astăzi menopauză a fost scrisă în 1710 – titlul din latină se traduce prin *Ultima menstruaţie, începuturile bolii,* ceea ce reprezintă un rezumat exact al modului de gândire din acea vreme şi ar fi putut la fel de bine să fie *A fi femeie, de la rău la mai rău.* Numărul afecţiunilor medicale creştea odată *9 9* cu vârsta, era un lucru ştiut, dar când bărbaţii aveau o afecţiune, exista un motiv, nu unul la care ne-am putea gândi astăzi, ci o explicaţie care se potrivea cu felul în care era înţeles corpul omenesc la acea vreme. în cazul femeilor, era întotdeauna vorba despre

uter. Dacă priveşti femeile ca fiind inferioare, slabe, murdare sau defecte, este uşor să faci astfel încât cunoştinţele medicale, aşa cum erau ele la vremea aceea, să se potrivească cu ordinea ta lumească. Este o lecţie foarte ***r*** importantă, pe care noi, cei din domeniul medical, nu ar trebui să o uităm niciodată.

La scurt timp după prima disertaţie despre menopauză, au început să apară în Europa şi în Anglia diverse lucrări pe această temă, destinate deopotrivă medicilor şi publicului larg. *The Ladies Physical Directory* a fost publicat pentru prima dată în 1716 de un autor anonim, „un medic". Acest compendiu a fost tipărit în mai multe tiraje – în 1727 se afla deja la a şasea ediţie – şi includea informaţii despre cum se pot trata multe afecţiuni frecvente la femeile care se

r

apropie de 50 de ani sau mai vârstnice: menstruaţiile abundente, lipsa menstruaţiei şi prolapsul uterin. Deci, în mod clar, exista interes. Majoritatea terapiilor din acea vreme implicau sângerări provocate, aplicare de lipitori şi folosirea purgativelor (laxativelor), adică nişte metode de eliminare a „toxinelor" şi/sau a fluidelor care se acumulează din cauza lipsei menstruaţiei. Dacă analizăm tratamentele prescrise atunci, este imposibil ca ele să fi fost eficiente din punct de vedere medical, deşi multe provocau, cel mai probabil, diaree şi, eventual, contracţii uterine, ceea ce ar fi putut conduce la sângerări în cazul femeilor aflate în tranziţia spre menopauză (nu o menstruaţie normală, ci mai degrabă un semn că organismul a

păţit ceva rău). Aceste efecte erau cauzate de ingrediente periculoase, cum ar fi uleiul de ienupăr, rădăcina de rodul-pământului şi pilitura de fier. Alte tratamente erau probabil inofensive şi ineficiente, producând rezultate prin intermediul efectului placebo sau, şi mai probabil, al consumului de vin slab alcoolizat şi al plimbărilor lungi care erau adesea recomandate ca parte a terapiei. Exista şi o gamă de amestecuri din plante pentru vagin care ar face-o pe Gwyneth Paltrow să moară de invidie.

în textele menţionate, se găseşte o varietate de termeni care descriu simptomele menopauzei. Mulţi seamănă cu cei pe care îi folosim în prezent, iar unii sunt chiar mai potriviţi. Ceea ce numim în zilele noastre tranziţia spre menopauză era cunoscută în Anglia în secolele al XVIII-lea şi al XIX-lea (şi posibil şi mai devreme) sub numele *eschivare* sau *fentare,* deoarece femeile fentează, prin menstruaţii neregulate, instalarea menopauzei. în timpul „fentării", femeile puteau avea dureri de cap, de spate, simptome vasomotoare (ceea ce numim azi bufeuri şi transpiraţii nocturne), dureri trecătoare şi o stare generală de agitaţie. Termenii folosiţi pentru bufeuri erau: călduri febrile, călduri însoţite de roseată şi fierbinţeală.

; J **;** **f**

„Fentarea" este perfect descrisă, de-a dreptul încântătoare. Folosesc acest termen la cabinet când explic tranziţia spre menopauză şi aproape întotdeauna primesc un zâmbet din partea pacientelor mele.

Termenul „bufeuri" părea acceptabil, până când am început să le am eu însămi. Pentru mine, roşeaţa este ceva care apare în obraji şi, deşi faţa mea pare fierbinte, nu este vorba doar despre obraji. De asemenea, roşeaţa te trimite cu gândul la pudoare, de parcă aş fi vreuna dintre protagonistele lui Jane Austen care se îmbujorează şi leşină sub privirile unui bărbat cu venituri de 4 000 de lire sterline pe an. O „fierbinţeală însoţită de roşeaţă" mi se pare că se potriveşte de minune, deoarece fierbinţeala pare să înceapă în interiorul corpului, apoi se ridică şi se manifestă la nivelul capului, feţei, gâtului şi braţelor. (Ca o paranteză, nu-mi place termenul „bufeuri", motiv pentru care I- am înlocuit uneori cu „fierbinţeli însoţite de roşeaţă", întrucât un bufeu pare o senzaţie care durează cel mult două secunde, ceea ce este inexact, iar mie mi se pare că asta poate diminua gravitatea experienţei respective.)^

Cum cea mai mare parte din trăirile femeilor se transmitea pe cale orală, este greu de ştiut câte cuvinte s-au pierdut într-un număr neclar de culturi din cauza dezinteresului sau a limbajului condescendent folosit de bărbaţi – adică

I ceva de genul „lasă-mă să te ascult, să-ţi interpretez trăirile din perspectiva mea limitată şi conform prejudecăţilor societăţii şi credinţelor religioase şi să o explic în manualul meu de medicină".

Medicina occidentală era conştientă de problemele medicale întâlnite în perioada de tranziţie spre menopauză, dar aceste simptome erau privite în primul rând ca o consecinţă a patologiei principale – reţinerea toxinelor. Ca atare, menopauza era văzută doar ca un alt defect al femeilor, ceva de care ele ar trebui să se teamă. în 1776, John Fothergill, un influent şi iscusit medic englez, a contestat această noţiune în lucrarea sa *Of the Management Proper at the Cessation of Menses.* Dr. Fothergill a afirmat că femeile au fost învăţate să privească menopauza cu „un anumit grad de anxietate" şi că „diversele şi absurdele opinii referitoare la încetarea scurgerilor menstruale şi la consecinţele ei, propagate de-a lungul veacurilor succesive, au avut tendinţa de a amărî viata multor femei f

f

sensibile".

Dr. Fothergill nu credea că sângele menstrual este toxic şi, deşi poate conţine unele „umori morbide", spune el, şi bărbaţii au aceleaşi umori pe care le eliberează prin hemoroizi. De asemenea, el a remarcat că femeile care sunt învăţate să se teamă de J menopauză sunt mai predispuse să sufere simptomele acesteia. Pentru Fothergill, menopauza reprezenta o evoluţie normală, iar în cazul multor femei, a observat el, se producea fără consecinţe majore. Mai mult, a observat în mod corect că acele femei care suferă de menstruaţii abundente sau

J

dureroase îşi găsesc alinarea la menopauză, în plus, el a confirmat faptul că unele femei au simptome supărătoare, cum ar fi bufeurile urmate de „transpiraţii instantanee", tulburări de somn şi de dispoziţie şi dureri articulare – deşi adesea acestea sunt temporare. Multe dintre tratamentele sale erau tipice vremurilor acelea: sângerările provocate şi laxative (ale lui erau mult mai blânde, iar pe multe dintre ele le folosim şi astăzi, cum ar fi senna şi magneziul), dar ceea ce diferă este că niciunul dintre cele recomandate de el nu pare să conţină plante otrăvitoare, probabil pentru că Fothergill era şi un botanist desăvârşit. El recomanda modificarea dietei şi consumul unui pahar cu vin la ora obişnuită.

Până la lucrarea doctorului Fothergill, o mare parte din limbajul referitor la menopauză te trimitea cu gândul la un blestem, de parcă nu exista o oroare mai mare decât o femeie la menopauză şi, din păcate, lucrarea sa nu a pus capăt acestor mentalităţi negative. în 1787, medicul francez Claude Jeannet des Longrois a comparat femeile aflate la menopauză cu nişte regine detronate. Multe dintre textele vremii referitoare la femeile aflate la menopauză

au secţiuni destul de ample despre cancerul de col uterin, de uter şi de sân, şi chiar dacă acestea erau în general afecţiuni fatale, soldate cu decese în urma unor chinuri groaznice, limbajul este mai puţin deprimant decât cel folosit în cazul menopauzei. Cu toate acestea, cu timpul, lucrarea doctorului Fothergill a fost tradusă
în tot mai multe limbi şi a început să atragă atentia. Acest lucru a coincis şi cu o schimbare a atitudinii generale faţă de îmbătrânire.

Naşterea menopauzei

După cum am discutat mai devreme, cuvântul „ménèspausie" a apărut pentru prima dată în 1812, într-o disertaţie scrisă de dr. De Gardanne. El a publicat ulterior, în 1816, o carte despre *la ménèspausie,* intitulată *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique.* Cea de-a doua ediţie, publicată în 1821, are un titlu actualizat: *De la Ménopause, ou de l'âge critique des femmes.*

De Gardanne explică în lucrarea sa din 1812 că era nevoie de un nou termen, deoarece existau prea multe cuvinte în uz. Printre cele obişnuite în acea vreme se numără unele mai puţin rele: „climacteriu", „timp critic", „etapă critică" şi „schimbare în viaţă"; unul deloc plăcut, „declinul vârstei mijlocii", şi altele de-a dreptul îngrozitoare: „infernul femeilor", „iarna femeilor" şi „moartea pasiunii". Te şi imaginezi spunând: „Trebuie să dau o fugă până la specialistul meu în iarna femeilor să-i cer nişte sfaturi. Să iau o baghetă în drum spre casă?" Exact. Cea mai bună presupunere a mea este că, fiind primul care a propus un termen nou care nu suna peiorativ şi era specific doar femeilor – termeni precum „climacteriu" şi „schimbare în viaţă" se aplicau şi
bărbaţilor –, a fost benefic pentru afaceri şi probabil a făcut să pară că De Gardanne oferă ceva nou în acest domeniu.

în disertaţia sa din 1812, De Gardanne explică originea termenului conceput de el, *la ménèspausie,* ca fiind un cuvânt ce provine din combinarea altora două din limba greacă, pqvaç sau *mois* în franceză („lună") şi naûoiç sau *cessation* în franceză („încetare", „oprire"), despre care afirmă că provine din naûw, pe care îl traduce prin *je finis* sau *je cesse, care* înseamnă „mă opresc" sau „încetez". Pentru De Gardanne, aceste două cuvinte greceşti este posibil să se fi unit fonetic în franceză sub forma *ménèspausie.* Poate că alegerea finală a cuvântului său a fost influenţată şi de
J I
cuvântul francez *menstrues* („menstre", din latinescul *ménsés,* care reprezenta forma de nominativ plural a cuvântului „lună").

Chiar dacă astăzi ne gândim la cuvântul „pauză" ca la o întrerupere temporară, din scrierile lui De Gardanne reiese clar că nu se aştepta ca menstruaţia să reînceapă, iar *pausie* din *ménèspausie* era înţeleasă ca finală.

Ceea ce nu explică De Gardanne este de ce a prescurtat *la ménèspausie* în *ménopause* în cea de-a doua ediţie a cărţii sale, din 1821, şi nici de ce a folosit-o pentru titlul acesteia. Oare devenise termenul său atât de popular sau era atât de asociat cu el încât era emblematic şi ar fi făcut ca lucrarea sa să se distingă de altele pe această temă?

Am citit cartea lui De Gardanne în original, dar limba mea maternă, franceza canadiană, mi s-a părut complet diferită de franceza secolului al XIX-lea. Pentru a fi sigură că înţeleg cartea aşa cum trebuie, am primit ajutorul generos al doctorului Martin Winkler, un obstetrician-ginecolog francez care a scris introducerea pentru ediţia în limba franceză a cărţii mele *Biblia vaginului.*

Cartea lui De Gardanne se rezumă cel mai bine la o lamentaţie cu privire la soarta femeilor pe măsură ce îmbătrânesc, deci nu este o lucrare revoluţionară. El nu discută în ***r*** detaliu simptomele menopauzei şi, la fel ca mulţi medici din acea perioadă şi de dinaintea lui, pune pe seama menopauzei multe dintre bolile care afectează femeile pe măsură ce înaintează în vârstă. De Gardanne nu explică deloc cum de uterul provoacă gută sau probleme digestive la femei, deşi şi bărbaţii suferă de aceleaşi afecţiuni. Este un ***r9 9*** clişeu obositor – bărbaţii îmbătrânesc, iar femeile sunt trădate de pântecul lor. (Nu-mi place deloc acest cuvânt, dar îl voi permite în acest caz.)

Cartea lui De Gardanne este plină de sfaturi alimentare, cum ar fi să mănânci alimente bogate în amidon şi să eviţi orice fel de alcool, cu excepţia vinului diluat, ce pat să alegi şi diferite recomandări legate de igienă – există pagini întregi despre pericolele vopselelor de păr şi ale machiajului (fardul de obraz fiind în mod deosebit problematic). Se discută şi despre îmbrăcăminte, deşi nu se spune ce tip de
ţesătură i-ar permite femeii să se răcorească mai uşor. Cartea dezvăluie mai curând cât *9*
de tragic era să vezi femei trecute de 50 de ani îmbrăcându-se ca şi cum ar fi fost tinere, mai ales dacă îşi expuneau braţele goale. Şi mai oferă şi această fărâmă de înţelepciune: „La vârsta menopauzei, s-ar putea crede că vârsta o face pe femeie înţeleaptă; dimpotrivă, obişnuinţa, pe lângă necesitate, face ca ea să consulte mai des negustorul de modă decât medicul."

Având în vedere sfaturile patriarhale şi calitatea terapiilor medicale (are nevoie cineva de lipitori pentru vulvă?), nu e de mirare că terapia prin shopping era populară. Şi sper că o mulţime de femei au purtat mâneci scurte şi şi-au expus decolteurile în mod ostentativ. Cartea lui De Gardanne nu a fost bine primită de colegii săi, care au subliniat în mod corect că oferă foarte puţine informaţii şi pur şi simplu pune majoritatea bolilor vârstei pe seama menopauzei.

Multe dintre manualele medicale din vremea lui De Gardanne erau la fel ca al său – cu puţine informaţii în materie de medicină, dar pline de prejudecăţi patriarhale. O excepţie notabilă este textul din 1857 al doctorului Edward Tilt, *The Change of Life în Health and Disease.* Acesta era popular, ştiinţific şi avangardist pentru epoca respectivă. Tilt a folosit cuvântul „menopauză" o singură dată şi atunci doar pentru a indica faptul că alţii folosiseră acest cuvânt şi că el îl găseşte inutil – pare
să fi fost o trimitere foarte specifică la De Gardanne (îmi place să am parte de o bună nuanţare medicală). Tilt prefera termenul „încetare" sau „î.", pe scurt. Cartea doctorului Tilt este fascinantă. Asemenea lui Fothergill, el nu privea menopauza ca pe o boală şi a prezentat informaţii despre simptomele menopauzei pe care i le furnizaseră femeile pe care le chestionase. Dr. Tilt a folosit termenul „roşeaţă", deoarece era „scurt şi expresiv", dar a menţionat şi „fierbinţeala" şi a afirmat că acest termen „redă mai fidel ceea ce se întâmplă cu adevărat". El a făcut multe observaţii medicale care sunt valabile *r*
şi în prezent. Deşi multe dintre terapii erau îngrozitoare, ele se bazau pe ştiinţă aşa cum era ea atunci, iar terapiile medicale din acea vreme erau, în general, teribile.

înainte ca De Gardanne să introducă termenul „menopauză", cei mai obişnuiţi termeni

întâlniţi în manuale erau *r*
„climacteriu", „vârstă critică" şi abrevierea „î." pentru încetarea menstruaţiei, dar menopauza şi-a făcut repede loc în lexicul medical. Acest termen apărea în *New England Journal of Medicine* în 1871 şi, de-a lungul anilor, a fost folosit în mod alternativ cu „climacteriu" pentru a descrie perioada din preajma ultimei menstruaţii şi anii imediat următori.

După ce am citit cartea doctorului Tilt şi multe articole despre menopauză în jurnalele medicale din anii 1920 până la sfârşitul anilor 1940, am fost impresionată de momentele de nelinişte şi de suferinţă *9* *9* *9*
care au fost surprinse de acestea, având în vedere stilul explicativ al vremurilor – frânturi de trăiri în locul tabelelor şi al *9* graficelor lipsite de identitate din zilele noastre. De exemplu, „H.L., în vârstă de 31 de ani, căsătorită, menopauză artificială în noiembrie 1925 (iradiere intrauterină şi vaginală împotriva endometriozei), care are fierbinţeli la fiecare 5 minute", precum şi „dureri de cap şi de spate, a fost internată în spital în 1929 şi externată fără niciun diagnostic, dar în final a găsit tratament la o clinică specializată în menopauză în 1932".

Articol după articol din perioada de dinaintea marilor companii farmaceutice (Big Pharma) detailau simptome identice cu cele pe care le aud astăzi – bufeuri, transpiraţii, insomnie, dureri articulare şi tulburări de dispoziţie. Cu toate acestea, în mod tragic, multe femei menţionate în aceste lucrări sufereau de insuficientă *r* ovariană prematură din cauza radioterapie!, a menopauzei induse chirurgical sau din motive necunoscute. Multe dintre ele fuseseră etichetate în mod eronat ca fiind isterice sau „nervoase".

Existau chiar şi clinici specializate în menopauză, fiind considerată o afecţiune complicată din punct de vedere medical – erau vremuri care au precedat un tratament hormonal fiabil pentru menopauză (THM). în 1932, doctorii Samuel Geist şi Frank Spellman de la spitalul Mount Sinai din New York au scris în *American Journal of Obstetrica and Gynecology:*

„Niciun complex de simptome nu a fost mai rezistent la tratament şi
9 niciunul nu a fost atât de învăluit în obscuritate din punct de vedere etiologic precum un set de manifestări caracterizat drept menopauză."

Doctorii Geist şi Spellman au observat în clinica lor că simplul fapt de a fi ascultat şi de a avea contact cu un medic putea fi la fel de terapeutic, dacă nu chiar mai terapeutic decât ceea ce aveau ei de oferit.

Faptul că experienţele tale sunt validate este un medicament puternic.

Până în anii 1960, termenul „menopauză" îl înlocuise deja pe „climacteriu" ca termen de referinţă în Statele Unite. Ce se *r*
schimbase? Deşi hormonii erau proscrişi de mai bine de 30 de ani, administrarea lor era o procedură complicată şi costisitoare, care necesita de obicei injecţii, ceea ce producea oscilaţii puternice ale nivelului de hormoni. Ceea ce s-a întâmplat în anii 1950 a fost o nouă metodă de producţie, astfel încât hormonii puteau fi luaţi sub formă de pilulă. Acum exista un produs mult mai bun de vânzare. Firmele de relaţii publice s-au spetit lucrând: „Eşti la menopauză? Poţi face tranziţia fără lacrimi!" Motivul pentru care industria farmaceutică a optat pentru „menopauză", şi nu pentru „climacteriu" sau pentru „schimbare", reflectă probabil o mai mare familiarizare a publicului cu acest termen, dar este posibil să fi existat şi alte
motive. Părerea mea este că „pauza" era potrivită pentru marketing – că, odată cu aceşti noi hormoni, menopauza putea fi cu adevărat temporară.

Din fericire, tendinţa a fost să se abandoneze ideea de boală, şi iată că în anii 2020 ne-am întors la conceptul de menopauză ca fază sau schimbare în viaţă care poate fi ameliorată prin îngrijiri preventive şi care poate necesita sau nu intervenţie medicală, dar în prezent, în America de Nord, cuvântul „menopauză" pare să fi prins rădăcini permanent.

Contează ce cuvânt folosim?

Discursul TED al doctoriţei Lera Boroditsky intitulat „Cum modelează limbajul modul în care gândim" are peste 10 milioane de vizualizări, şi pe bună dreptate. Este o perspectivă fascinantă asupra modului în care limbajul nu este un descriptor pasiv, ci mai degrabă un participant activ. Cuvintele ne influenţează gândurile.

în multe limbi, substantivele au genuri, masculin şi feminin, astfel încât un cuvânt poate avea genul feminin într-o limbă şi masculin în alta. Când cercetătorii au studiat vorbitorii nativi ai unor limbi în care există genuri, au descoperit că oamenii se gândesc la un substantiv în mod diferit în funcţie de ***r*** genul acestuia. Un exemplu dat de dr. Boroditsky în discursul său este substantivul „pod", care din punct de vedere gramatical
este la genul feminin în germană şi masculin în spaniolă. Vorbitorii nativi de limbă germană sunt mai predispuşi să descrie un pod folosind cuvinte cu conotaţie feminină stereotipă, de exemplu, „frumos", iar cei de limbă spaniolă, termeni cu conotaţie masculină, cum arfi „solid".

Ce-ar fi dacă am aplica acelaşi concept terminologiei medicale? De exemplu, cuvântul „pudendum" – un termen general pentru organele genitale externe ale femeilor – provine din latinescul *pudor,* care înseamnă „ruşine", sau cuvântul „clitoris", care provine din latinescul *kleio,* „a ascunde". Este oare posibil ca originea latină să fi afectat modul în care medicii priveau aceste părţi ale corpului, contribuind astfel la consolidarea misoginismului general al societăţii?

r

Şi cum ar putea afecta cuvântul „menopauză" ceea ce gândim despre această experienţă?

Prima chestiune este „pauza", care în lumea de astăzi are conotaţie negativă, având în vedere viziunea generală a societăţii conform căreia femeile ar trebui să ***r***
se stăpânească, să cugete asupra modului în care se prezintă sau să fie mai puţin vizibile pe măsură ce îmbătrânesc. De asemenea, pauza nu este permanentă, în timp ce ultima menstruaţie este chiar ultima menstruaţie. O altă problemă este că sfârşitul menstruaţie! este un simptom, nu cauza, iar concentrându-ne asupra ultimei menstruaţii ignorăm faptul că multe femei
au simptome şi probleme de sănătate asociate cu menopauza care încep cu ani de zile înainte de încetarea menstruatiei. Este ***r*** misogin să legi descrierea unei treimi sau poate chiar a unei jumătăţi din viaţa unei femei de funcţia uterului şi a ovarelor. Nu ***r*** ***t*** definim bărbaţii pe măsură ce îmbătrânesc în funcţie de schimbarea fizică evidentă a ***r*** funcţiei lor reproductive. Da, întreaga perioadă a menopauzei este un marker pentru risc crescut de boli cardiace la femei, dar la fel este şi disfunctia erectilă în cazul bărbaţilor – de fapt, mulţi experţi din domeniul medical consideră că aceasta este „canarul din mina de

cărbune" pentru sănătatea cardiacă a bărbaţilor.
f

Acum imaginează-ţi o lume în care am spune că bărbaţii sunt în *erectopauză.*

Exact.

Multe culturi se descurcă foarte bine fără cuvântul menopauză. în olandeză, cuvântul este *overgang,* care înseamnă „tranziţie" sau „drumul de la A la B". în finlandeză, termenul este *vaidhevoudet,* „schimbare de an", în suedeză este *klimacterium,* „schimbare" sau „etape ale vieţii", iar în japoneză cuvântul este sau *kdnenki,* care se traduce prin „schimbare în viaţă". Există unele cercetări care sugerează că femeile din culturile care nu folosesc cuvântul „menopauză" ar putea suferi mai puţin în timpul tranziţiei lor spre această etapă. Acest lucru nu înseamnă că schimbarea unui cuvânt va determina dacă o femeie are sau nu bufeuri sau dacă suferă de uscăciune vaginală ori nu, dar poate că
atunci când o societate acceptă public menopauza ca pe o schimbare normală, şi nu ca pe o boală cumplită, există efecte. Acest lucru nu este cu nimic diferit de ceea ce a propus dr. Fothergill la sfârşitul anului 1776. La urma urmei, este mai greu să te simţi optimistă în privinţa ta când toată lumea îţi spune cât de naşpa eşti.

Este clar că multe femei doresc să vorbească despre schimbările care au loc în corpul lor, aşa că este nevoie de un cuvânt. Dar „menopauză"? Dacă reuşim să avem grijă de femeile de 20 şi 30 de ani fără să le legăm de prima lor menstruaţie, cu siguranţă putem face acelaşi lucru şi pentru cele care au avut ultima menstruaţie, nu-i aşa? Când voi avea 60 de ani, mă voi simţi ridicolă dacă îmi voi descrie sănătatea în funcţie de ultima ***r*** menstruaţie. Pare ridicol şi acum, la 54 de ani, având în vedere mai ales că ultima menstruaţie are semnificaţie doar în ceea ce f f
priveşte capacitatea de reproducere şi evaluarea sângerărilor menstruale anormale.

Liderii de opinie din domeniul medical au considerat că alte formulări legate de menopauză sunt problematice şi, în consecinţă, au făcut schimbări. Sindromul genito-urinar de menopauză sau SGM, adică modificările care se produc la nivelul vaginului în timpul tranziţiei spre menopauză, era cunoscut sub numele de „atrofie vaginală" sau „vaginită atrofică". Dar atrofia vaginală i-a făcut pe oameni să uite că şi alte ţesuturi genitale pot fi afectate. în plus, cuvântul „atrofie" este peiorativ -
femeile sunt deja suficient de dispreţuite pe măsură ce îmbătrânesc, aşa că nu au nevoie de cuvinte care să sublinieze şi mai mult pierderea importanţei lor. Insuficienţa ovariană primară – ovulaţia care se opreşte înainte de vârsta de 40 de ani – era numită „deficienţă ovariană prematură", un termen îngrozitor. Terminologia medicală se schimbă în mod constant pe măsură ce se adună informaţii noi, aşa că ideea conform căreia este prea dificil să se înlocuiască cuvântul „menopauză" pur şi simplu nu stă în picioare.

Deşi „tranziţia spre menopauză" este o sintagmă acceptabilă pentru a face referire la perioada care precedă ultima menstruaţie, caracterizată de fenomene hormonale haotice, cuvântul „tranziţie" funcţionează la fel de bine şi abate atenţia de la menstruaţie, deşi aş putea fi convinsă destul de uşor să aleg termenul de „fentare". „Climacteriu" mi se pare cel mai potrivit pentru a descrie momentul în care se ajunge la o stare mai stabilă – după ultima menstruaţie – şi acesta a fost termenul utilizat secole la rând atât de femei, cât şi de bărbaţi pentru a descrie etapa vârstei mijlocii şi cea care îi urmează. Primele texte, atât din medicina occidentală, cât şi din cea orientală, descriau viaţa în etape, aşa că termenul „climacteriu" onorează şi acest aspect comun.

Termenul „menopauză" a apărut înainte ca stiinta să ştie că există hormoni. Nu a
J f I
fost niciodată gândit să indice o pauză. A
fost inventat de un bărbat care credea că femeile ar trebui să îşi acopere braţele şi să nu folosească farduri de obraz şi a cărui carte pe această temă nu a contribuit cu nimic la fondul de cunoştinţe, cu excepţia faptului că a lăsat în urmă un termen care leagă femeile pentru totdeauna de menstruaţie. Cuvântul „menopauză" a fost apoi transformat în armă de către industria farmaceutică, trecând de la o fază supărătoare la o anumită vârstă, la o maladie pe viaţă care afectează orice femeie. Şi nu orice maladie, ci cea mai gravă posibilă – una care le făcea pe femei indezirabile pentru bărbaţi. Nu este o poveste prea grozavă despre naşterea „menopauzei". Cuvântul „menopauză" ar trebui actualizat.

în privinţa menopauzei, este la fel de mult vorba despre perspectivă şi etichetare, pe cât este despre hormoni şi ştiinţă.

DE RETINUT
*

- Menopauza a început să fie înţeleasă abia de
curând, ca urmare a creşterii duratei de viaţă.
- Simptomele menopauzei au fost semnalate în
medicina occidentală încă din secolul al XVI- lea.
- Cuvântul menopauză a fost inventat de medicul
francez De Gardanne.
- Cuvintele ne influenţează percepţiile.
- Femeile din culturile care folosesc o terminologie
ce face referire la o schimbare în viată în loc de

menopauză tind să fie mai puţin afectate de simptomele comune ale acesteia.

CAPITOLUL 3

Biologia menopauzei

Legătura dintre creier şi ovare

Pentru a înţelege menopauza aşa cum o înţelege un ginecolog, trebuie să o luăm de la început – de la dezvoltarea fetală, adică de la primul trimestru (în jur de nouă săptămâni de sarcină). în acest moment, ovarele şi testiculele fătului sunt structuri identice. Dacă există un cromozom Y, ţesutul primeşte semnale pentru a se transforma într-un testicul, iar fără acest cromozom ţesutul devine un ovar. *Da, ovarul este implicit.* Există multă ironie aici, deoarece multe poveşti despre „originea omului", fie că este vorba despre Eva sau despre Pandora (prima femeie din mitologia greacă), vorbesc despre femeie ca apărând după bărbat şi/sau fiind făcută din bărbat.

Foliculii primordiali sunt ovule imature împreună cu ţesutul care îi cuprinde. Aceştia se dezvoltă şi se înmulţesc în stadiile timpurii ale dezvoltării fetale, iar până la 20 de săptămâni de viaţă intrauterină există între şase şi şapte milioane de foliculi primordiali. în acest moment, nu se pot produce mai mulţi. Este un fapt important, deoarece menopauza apare când nu mai există foliculi capabili să ovuleze, adică să producă un ovul matur. Planul

fundamental
al menopauzei este stabilit înainte de naştere.

Un fapt foarte interesant şi uluitor este că, atunci când bunica ta era însărcinată cu mama ta, ea avea şi foliculul primordial din interiorul unuia dintre ovarele mamei tale, care era destinat să devii tu.

Numărul de foliculi primordiali la 20 de săptămâni înainte de naştere este deseori descris în textele medicale ca fiind „zenitul" sau „apogeul", şi, deşi din punct de vedere tehnic aceste cuvinte sunt sinonime cu „cel mai mare număr", zenit înseamnă, de asemenea, „cel mai puternic" sau „cel mai de succes", iar apogeul, „succes". Nu am fost la apogeu sau la zenit când eram un făt de 20 de săptămâni. Nu trebuie să atribuim judecăţi de valoare unui proces fiziologic normal, mai ales când discutăm despre corpul femeii, care a fost dintotdeauna apreciat pentru tinereţea şi capacitatea de a procrea.

După 20 de săptămâni, milioane de foliculi primordiali încep să dispară, un proces cunoscut sub numele de atrezie. El continuă după naştere până la pubertate, când mai rămân aproximativ 300 000 de foliculi primordiali. Imaginează-ţi că semeni seminţe într-un ghiveci. în cazul în care condiţiile sunt potrivite, apar mult mai multe răsaduri decât poate găzdui micul spaţiu fizic al ghiveciului. Planul a fost întotdeauna de a îndepărta plantele tinere care par mai puţin sănătoase şi de a obţine un raport
corect între răsaduri şi sol pentru a le oferi celor rămase şansa optimă.

Ciclul menstrual. Introducere

Foliculii primordiali sunt inactivi până la pubertate, atunci când semnalele complexe primite din partea creierului declanşează procesul de ovulaţie. Incredibil, dar aceşti foliculi minusculi sunt cei care produc cantităţile mari de estrogen care acţionează în timpul pubertăţii, precum şi în timpul fiecărui ciclu menstrual. Există mai multe stadii de dezvoltare parcurse de folicul de-a lungul traseului spre ovulaţie, iar la fiecare pas, are un nume uşor diferit (vezi figura 4). De dragul simplităţii, vom folosi sintagma „foliculi primordiali" pentru cei care aşteaptă în culise şi „foliculi" pentru cei activi, aflaţi pe scena principală, care produc hormoni, chiar dacă pot fi în diferite stadii de dezvoltare.

Semnalul pentru ca un folicul primordial să fie recrutat pentru a porni pe calea ovulaţiei şi apoi a dezvoltării de-a lungul acestei căi este foarte complex şi necesită o semnalare coordonată din partea mai multor hormoni atât din creier, cât şi din ovare. Doi dintre principalii hormoni din creier care sunt implicaţi în ovulaţie sunt hormonul de stimulare foliculară sau FSH şi hormonul luteinizant sau LH. Pe măsură ce foliculii se dezvoltă, celulele care înconjoară ovulul (oocitul) produc două tipuri de estrogen:
estradiol şi estronă – primul este un estrogen mai puternic. Cantitatea de estradiol produsă este semnificativă, deoarece trebuie să călătorească prin fluxul sanguin pentru a ajunge la mai multe organe, inclusiv la creier, precum şi pentru a stimula dezvoltarea mucoasei uterine. Foliculul produce cantităţi mici de testosteron şi alti hormoni.

f *9*

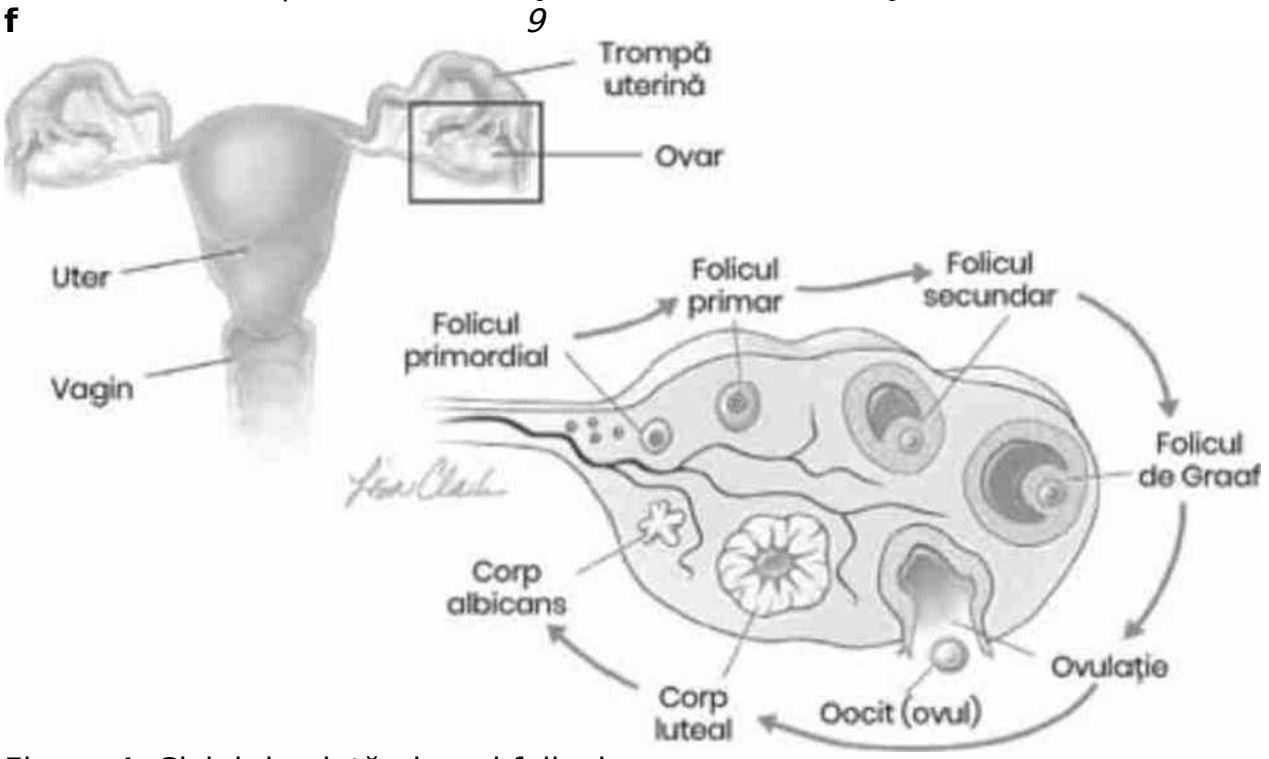
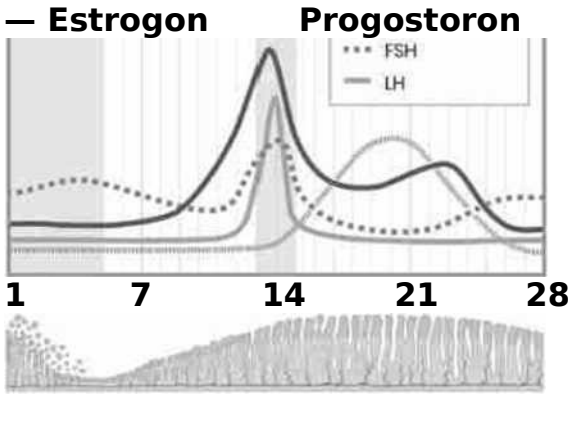


Figura 4. Ciclul de viaţă al unui folicul

Prima jumătate a ciclului menstrual se numeşte faza foliculară. Prin intermediul *f*
unei semnalări complexe, un folicul domină, iar ceilalţi dispar. Nu este vorba despre pierderi, ci despre un efort de grup care conduce la selecţia celui mai potrivit folicul pentru o sarcină sănătoasă. Există un flux constant de comunicare chimică între folicul, creier şi chiar mucoasa uterului. Atunci când nivelul de estrogen este suficient de ridicat, creierul trimite mesaje care declanşează ovulatia, adică eliberarea
9 *9* *9*
unui ovul matur.

Ovulaţia marchează începutul fazei luteale a ciclului menstrual. Unele persoane îşi imaginează foliculul explodând, dar acest lucru nu se întâmplă sub presiune. Foliculul se deschide la suprafaţă, iar ovulul matur (sau *ovum,* în latină – aşa cum este numit acum) îşi face drum spre trompele uterine. După ovulaţie, ţesutul rămas din folicul se organizează într-o structură numită corp luţeai, care produce hormonul progesteron. Acest hormon stabilizează mucoasa uterină şi produce alte modificări pentru ca implantarea să aibă succes (progesteronul este *pro-gest-alie).* Traiectoriile sau cei patru hormoni principali din ciclul menstrual sunt reprezentate în figura 5.

Faza foliculară Ovulaţia Faza lutoală
------r--[1]---------||-----'—-[1]-— **Monstruaţia**
— Estrogon Progostoron



Encfomotru

Figura 5. Nivelurile hormonale şi ciclul menstrual

Imaginează-ţi celulele care alcătuiesc mucoasa uterului (endometrul) ca pe nişte cărămizi. Estrogenul construieşte şi asază cărămizile, dar în cele din urmă un zid are nevoie de susţinere. Progesteronul acţionează ca un mortar care stabilizează

9

mucoasa. Dacă are loc implantarea, celulele semnalizatoare hormonale din partea embrionului se asigură că, în acest caz,

corpul Iuţeai continuă să producă progesteron până când placenta poate prelua controlul. Fără semnalare din partea embrionului, nivelul de progesteron scade, corpul Iuţeai are o durată de viaţă de 14 zile (adică un interval cuprins între 12 şi 16 zile) şi se micşorează, devenind o mică cicatrice, numită corpus albicans. Retragerea progesteronului este cea care destabilizează mucoasa uterului, ducând la apariţia menstruatiei.

f

Ciclul începe din nou atunci când creierul semnalează următorul val de foliculi.

Tranziţia spre menopauză

Tranziţia spre menopauză pare a fi copilul mijlociu al sănătăţii reproductive. A fost adesea exclusă sau ignorată sub pretextul fals că nu este mare lucru pentru că nu reprezintă cu adevărat menopauza. Acum ştim că este o perioadă de haos hormonal, în care multe femei au unele dintre cele mai grave simptome. Chiar în momentul în care citeşti aceste rânduri, e foarte probabil ca aproape 20 de milioane de americance să se confrunte cu tranziţia spre menopauză.

Există câteva caracteristici biologice esenţiale ale tranziţiei spre menopauză. Există o pierdere accelerată a foliculilor, o afectare a producţiei de hormoni de către foliculii rămaşi şi modificări ale semnalelor de la nivelul creierului. Aceste schimbări pot apărea din diverse motive. La nivelul

ovarului, foliculii primordiali pot îmbătrâni sau foliculii care rămân nu au fost niciodată sănătoşi încă de la început şi de aceea nu au ajuns să fie recrutaţi. Există, de asemenea, diminuări ale fluxului sanguin către ovar legate de vârstă, care pot afecta capacitatea de producere a hormonilor. Unele dintre modificările în privinţa semnalării de la nivelul creierului sunt o reacţie la ceea ce se

9

întâmplă cu producţia de hormoni în foliculi, dar altele au legătură cu vârsta. Practic, este un proces complicat care implică mai multe mecanisme.

Tranziţia spre menopauză are o durată nedeterminată şi poate varia semnificativ de la o femeie la alta. Femeile afro-americane

tranziţie

sunt predispuse la o *9* spre

menopauză mai lungă, deşi vârsta

9

menopauzei este aceeaşi.

sti că tranziţia

Nu se poate 1 *9* spre

menopauză are loc până când nu are loc cu adevărat. Absenta unei menstruaţii sau două

9 *9*

ar putea fi cauzată de stres sau ar putea fi începutul tranziţiei. Unele femei pot avea chiar fluctuaţii minore în ceea ce priveşte volumul fluxului menstrual sau regularitatea menstruaţiilor până la tranziţia spre menopauză, dar atunci când se întâmplă astfel, nu putem şti dacă este vorba despre un preambul al tranziţiei spre menopauză sau nu. Aceasta este adesea o sursă de frustrare – nu ştii cu adevărat că eşti în faza de tranziţie spre menopauză până când nu ai intrat de-a binelea în ea.

Din punct de vedere medical, tranziţia spre menopauză se împarte în două faze: timpurie şi târzie (vezi figura 6). Diferenţele majore între cele două faze sunt schimbările legate de durata ciclului menstrual, ceea ce înseamnă că timpul dintre menstruaţii creşte. în timpul fazei timpurii, o femeie ar putea observa că unele dintre cicluri se prelungesc cu şapte sau mai multe zile ori că menstruaţia lipseşte. Tranziţia târzie se caracterizează prin absenţa mai multor menstruaţii – adică 60 de zile între f menstruaţii.

9

Când o femeie începe să aibă două menstruaţii absente la rând, există o şansă de 95% ca ultima menstruaţie să aibă loc în *9*

următorii patru ani. Simptomele, cum ar fi bufeurile sau insomniile, încep adesea în tranziţia mai târzie spre menopauză, dar nu există o regulă strictă în acest caz – unele femei prezintă simptome mai devreme decât altele, iar altele pot să aibă trei sau patru menstruaţii absente la rând, să fie aproape de ultima menstruaţie şi să nu prezinte niciun simptom.

UM

Faza reproductivă

Tranziţia spre menopauză

Postmonopauza

Timpurie

- Durată variabilă
- Durata ciclului* creşte cu * 7 zile
- Simptome posibile

Târzie

- 1-3 ani
- Durata ciclului* creşte cu z 60 zile
- Simptome probabile

* Ciclul este cuprins între prima zi a unei menstruaţii şi prima zi a următoarei.

Figura 6. Tranziţia spre menopauză – timpurie şi târzie

Fiecare ciclu menstrual în timpul tranziţiei spre menopauză este ca un joc de poker, aşa că poate fi cu adevărat un haos menstrual. Cu cât se apropie mai mult ultima menstruaţie, cu atât foliculii primordiali sunt mai puţin receptivi şi în consecinţă menstruatiile absente din cauza ***r*** ***r***

lipsei ovulaţiei devin mai frecvente.

Singurul lucru cu adevărat previzibil în legătură cu tranziţia spre menopauză este că ea este imprevizibilă.

Menopauza şi postmenopauza

Ultima menstruaţie (UM) marchează instalarea menopauzei – în acest moment au mai rămas între 100 şi 1 000 de foliculi primordiali, care sunt incapabili de ovulaţie. Femeile nu-şi cunosc ziua în care s-a instalat menopauza decât la 12 luni de la ultima menstruaţie, ceea ce poate fi enervant, dar din punct de vedere medical contează doar atunci când se evaluează sângerările anormale sau nevoia de contracepţie. Postmenopauza este faza de după ultima menstruaţie, dar se obişnuieşte să se spună şi că o femeie este la menopauză.

în descrierea menopauzei, nu este neobişnuit ca manualele şi articolele să folosească cuvântul „epuizat/ă" atunci când nu mai există foliculi capabili să ovuleze, dar ovarele nu sunt epuizate, obosite sau consumate. Nu este ca şi cum ar fi început o cursă şi aceasta a trebuit să se oprească din cauza unui accident sau a unui antrenament inadecvat. Ovulatia se termină atunci când îi f e dat să se termine pentru că aşa este planul. Dacă am folosi acelaşi ton pentru a ne referi la disfuncţia erectilă, ne-am aştepta ca manualele să declare că penisul este „consumat". în medicină, bărbaţii ajung să îmbătrânească cu eufemisme mult mai blânde, iar femeile sunt exilate în oraşul Respingătoreşti. Generaţii întregi de medici profesionişti au fost instruite cu acest limbaj, iar mulţi au folosit probabil aceleaşi cuvinte atunci când au vorbit cu pacientele lor – şi acest lucru trebuie să se schimbe.

Multă vreme s-a crezut că ovarele sunt „nefuncţionale" după menopauză. Parţial, această convingere era urmarea imposibilităţii de stabilire a nivelurilor foarte scăzute de estradiol, testosteron şi alţi hormoni la femeile aflate la postmenopauză. în anii 1980 şi la începutul anilor 1990, când studiam eu medicina, nu exista tehnologia pe care o avem acum. Cu toate acestea, ideea falsă că ovarele sunt moarte după menopauză venea, de asemenea, din convingerea împământenită că principala valoare a unei femei constă în capacitatea ei de reproducere şi, prin urmare, sfârşitul fertilităţii înseamnă că femeile stau în ***r*** anticameră la Doamna cu coasa aşteptând să fie chemate. Aşadar, dacă „înţelepciunea" convenţională este că ovarele nu au nicio ***r*** valoare după menopauză, nu ar mai trebui să studiezi ceea ce „ştii" că este adevărat.

însă acum înţelegem că ovarele sunt implicate în producţia de hormoni şi după menopauză, deşi într-o măsură mult mai mică. Acest lucru nu înseamnă că unii dintre foliculi au luat-o razna şi operează pe furiş; mai degrabă, stroma ovariană – ţesutul propriu-zis al ovarului care conţine foliculi! – este capabilă să producă un precursor hormonal numit androstendion, care poate fi transformat de alte ţesuturi în estrogen şi testosteron. Prin urmare, îndepărtarea ovarelor după menopauză conduce la o scădere mică a nivelurilor de estradiol şi testosteron, deoarece are un efect redus asupra capacităţii altor ţesuturi de a produce aceşti hormoni.

Un îndrumar despre hormoni

Pentru a înţelege ce se întâmplă cu hormonii în timpul tranziţiei spre menopauză şi după aceea, este important să ne uităm puţin înapoi ca să facem o introducere. Hormonii sunt mesageri chimici; ei sunt practic nişte chei în miniatură care cutreieră prin tot corpul în căutarea receptorului potrivit (o încuietoare) printre celule. Când cheia se potriveşte cu încuietoarea, mesajul de la hormon este transmis celulei.

Unii hormoni sunt produşi în cantităţi mari, deoarece trebuie să călătorească prin corp pentru a avea impact asupra altor ţesuturi, de exemplu, uterul şi creierul, iar alţii sunt produşi în cantităţi mai mici, pentru uz local.

Există mulţi hormoni importanţi implicaţi în continuitatea menopauzei, dar unii dintre actorii-cheie sunt:

- ESTRADIOLUL. Termenul tehnic este 17-beta-estradiol, dar de obicei este numit doar estradiol. Acesta este principalul estrogen înainte de menopauză. Este produs în cantităti mari în foliculul în curs de ***r*** dezvoltare, deoarece este menit să intre în fluxul sanguin şi să aibă efecte de amploare asupra multor ţesuturi. Estradiolul este produs în cantităti mai mici în alte ţesuturi ***r*** ***r*** pentru uz local, cum ar fi cel adipos (sau gras), endometrul (mucoasa uterului), ficatul, creierul, oasele şi muşchii. Nivelurile de estradiol variază semnificativ pe parcursul ciclului menstrual; acestea pot fi de doar 30 pg/ml la începutul fazei foliculare şi de zece ori mai mari – de obicei 200-300 pg/ml – chiar înainte de ovulaţie. în timpul tranziţiei spre menopauză, nivelurile de estradiol pot fi chiar mai mari decât cele tipice, din cauza semnalelor hormonale neregulate. După menopauză, nivelurile de estradiol scad semnificativ şi, în general, sunt de 10-25 pg/ml, iar estradiolul măsurat în sânge în acest moment reprezintă hormonul produs în alte ţesuturi (cum ar fi grăsimea sau muşchii) care s-a dus în fluxul sanguin.
- ESTRONA. Este un estrogen mai slab decât estradiolul, şi este şi ea produsă în foliculul în dezvoltare, precum şi în alte ţesuturi. Estrona poate fi transformată de ţesuturi în estradiol, iar estradiolul poate fi transformat în estronă. Acest fluviu bidirecţional are loc în interiorul celulelor, permiţând realizarea unui reglaj fin la nivel celular. După menopauză, scăderea producţiei de estradiol este mai dramatică decât cea de estronă.
- ESTRIOLUL. Este produs în primul rând în placentă. Nu pare să aibă vreun rol în menopauză.
- TESTOSTERONUL. Este produs în foliculul în curs de dezvoltare, în corpul ovarului şi în glandele suprarenale. Principala sursă de testosteron este glanda suprarenală, astfel încât nivelurile lui nu scad semnificativ odată cu ultima menstruaţie; în schimb, nivelurile lui scad treptat de-a lungul vieţii, acest lucru fiind în primul rând din cauza schimbărilor legate de vârstă la nivelul glandei suprarenale. Cantitatea mică de testosteron produsă de ovare înainte de menopauză joacă probabil un rol în ovulatie.
- PROGESTERONUL. Este produs de corpul luţeai, ţesutul care se formează în folicul după ovulatie. Nivelurile de progesteron scad în timpul tranziţiei spre menopauză, deoarece corpul luţeai poate deveni mai puţin eficient la producerea de progesteron sau din cauza unui interval mai lung între ovulatii. în momentul în care mai sunt doi ani până la ultima menstruaţie, doar 50% dintre ciclurile menstruale ale femeii mai produc niveluri adecvate de progesteron.

* **HORMONUL ANTI-MULLERIAN Sau AMH.**

Acest hormon este produs de foliculi şi este implicat în transmiterea semnalului pentru ovulaţie – face parte din sistemul de comunicare care acţionează ca un paznic al rezervei de

foliculi primordiali, astfel încât numărul adecvat să fie recrutat în acţiune l
în fiecare ciclu. Fără acest tip de control local, zeci de mii de foliculi sau chiar mai mulţi ar putea concura pentru ovulaţie. Nivelul de
AMH este important în evaluarea infertilităţii. în prezent se fac cercetări pentru a vedea dacă nivelurile de AMH ar putea fi utilizate ca factor de predicţie pentru menopauză.
ANDROSTENDION. Este produs din colesterol în cadrul unui proces în mai multe etape şi este hormonul precursor produs în foliculi care este transformat fie în estronă (şi X f apoi în estradiol), fie în testosteron (vezi figura 7; pentru procesul complet de transformare a colesterolului în hormoni, vezi anexa A). Ca atare, nu are nicio funcţie hormonală în sine. De asemenea, este produs în ţesutul ovarian (stroma) şi al glandelor suprarenale, astfel că, la menopauză, se înregistrează o scădere a nivelurilor sale, dar rămâne în continuare în cantitate mare, deoarece nu mai este necesar producerii unor niveluri ridicate de estradiol.

Androstendion

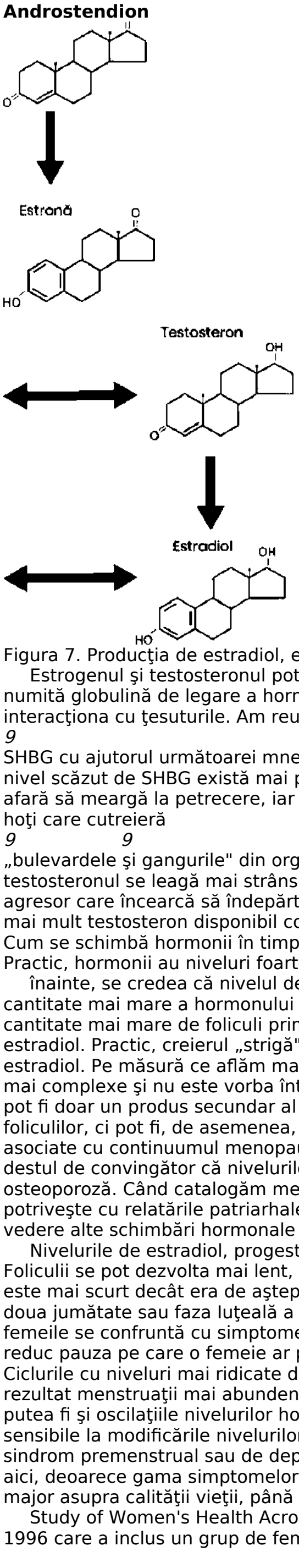


Figura 7. Producţia de estradiol, estronă şi testosteron

Estrogenul şi testosteronul pot fi liberi în sânge sau pot fi legaţi de o proteină purtătoare numită globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG-). Numai hormonul liber poate interacţiona cu ţesuturile. Am reuşit să tin minte acronimul
9 *9* *9*
SHBG cu ajutorul următoarei mnemonici: „Sunt Hoţi pe Bulevarde şi prin Ganguri." Cu un nivel scăzut de SHBG există mai puţini hoţi, deci mai mulţi hormoni pot ieşi în siguranţă afară să meargă la petrecere, iar un nivel mai ridicat de SHBG înseamnă că sunt mai multi hoţi care cutreieră
9 *9*
„bulevardele şi gangurile" din organism, deci nu este momentul pentru distracţie. Deoarece testosteronul se leagă mai strâns de SHBG decât estrogenul (mă gândesc la el ca la un agresor care încearcă să îndepărteze estrogenul), un nivel mai scăzut de SHBG înseamnă mai mult testosteron disponibil comparativ cu estrogenul.

Cum se schimbă hormonii în timpul tranziţiei spre menopauză

Practic, hormonii au niveluri foarte diferite.

înainte, se credea că nivelul de estradiol scade treptat, determinând creierul să secrete o cantitate mai mare a hormonului de stimulare foliculară (FSH) în încercarea de a mobiliza o cantitate mai mare de foliculi primordiali care să producă mai mult
estradiol. Practic, creierul „strigă" la ovare că nu a primit suficient feedback sub formă de estradiol. Pe măsură ce aflăm mai multe despre menopauză, se pare că lucrurile devin şi mai complexe şi nu este vorba întotdeauna despre estradiol. Nivelurile ridicate de FSH nu pot fi doar un produs secundar al creierului care încearcă să determine dezvoltarea foliculilor, ci pot fi, de asemenea, responsabile pentru unele dintre simptomele şi afecţiunile asociate cu continuumul menopauzei. De exemplu, există noi dovezi care sugerează în mod destul de convingător că nivelurile ridicate de FSH pot constitui un factor important în osteoporoză. Când catalogăm menopauza drept un deficit de estrogen, ceva care se potriveşte cu relatările patriarhale despre deficitul unui hormon „feminizant", pierdem din vedere alte schimbări hormonale importante.

Nivelurile de estradiol, progesteron şi FSH pot varia semnificativ de la un ciclu la altul. Foliculii se pot dezvolta mai lent, ceea ce conduce la un ciclu mai lung. în cazul în care ciclul este mai scurt decât era de aşteptat, prima jumătate este redusă şi, în mod proporţional, a doua jumătate sau faza luţeală a ciclului durează mai mult timp, adică perioada în care femeile se confruntă cu simptome premenstruale (SPM). Aşadar, ciclurile scurte multiple reduc pauza pe care o femeie ar putea-o avea între simptomele sindromului premenstrual. Ciclurile cu niveluri mai ridicate de estrogen pot avea ca
rezultat menstruaţii mai abundente, migrene şi dureri de sâni, dar cauza simptomelor ar putea fi şi oscilaţiile nivelurilor hormonale de la un ciclu la altul. Unele femei sunt mai sensibile la modificările nivelurilor hormonale. De exemplu, nu toate femeile suferă de sindrom premenstrual sau de depresie postpartum – şi acelaşi principiu este în discuţie şi aici, deoarece gama simptomelor şi gravitatea lor pot varia de la chinuitoare, cu un impact major asupra calităţii vieţii, până la minime sau inexistente.

Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) este un studiu american început în 1996 care a inclus un grup de femei de diferite rase şi etnii, furnizând multe informaţii

despre evoluţia hormonilor pe parcursul tranziţiei spre menopauză. Dacă ne gândim că schimbările apărute de la un ciclu la altul despre care tocmai am discutat sunt nişte copaci, evoluţia este pădurea. Din studiul SWAN au reieşit patru tipare de niveluri de estradiol:

* **CREŞTERE SI SCĂDERE BRUSCĂ. O** *f i* creştere a nivelului de estradiol în *9* timpul tranziţiei spre menopauză şi apoi o scădere bruscă cu aproximativ un an înainte de UM. Acesta este cel mai frecvent model în rândul femeilor caucaziene.
* **CREŞTERE SI SCĂDERE LENTĂ. O** *f i* creştere a nivelurilor de estradiol *9* în timpul tranziţiei spre menopauză şi apoi o scădere lentă care continuă doi ani după perioada ultimei menstruaţii. Acesta este cel mai rar întâlnit model, cu o distribuţie similară între rase/etnii.

• EVOLUŢIE CONSTANTĂ. Nivelurile de estradiol sunt de la început mai mici şi scăderea este graduală. Acesta e cel mai frecvent tipar pentru femeile afro-americane.

* DECLIN LENT. Nivelurile de estradiol scad lent, gradual. Acest tipar este observat mai frecvent în rândul americancelor de origine chineză şi japoneză, şi printre hispanice.

Există trei modele pentru FSH: o creştere ridicată, una medie şi alta scăzută. Cea din urmă este cea mai puţin frecventă şi este mai probabil să aibă loc când nivelul de estradiol nu creşte înainte de UM, ceea ce înseamnă că există un grup de femei care au schimbări mai puţin pronunţate atât în ceea ce priveşte estradiolul, cât şi FSH pe parcursul tranziţiei lor spre menopauză.

Există teste hormonale pentru menopauză?

Pentru a răspunde pe scurt, nu. Vorbim despre „marea aşteptare a menstruaţiei".

în momentul în care o femeie este la postmenopauză, nivelul ei de estradiol este în general <25 pg/ml şi FSH-ul >30 Ul/ml, dar asta nu înseamnă că testarea oricăruia dintre cei doi hormoni determină diagnosticul de menopauză. în primul rând, nivelurile hormonale variază de la o zi la alta. Dar, aşa cum tocmai am discutat, nivelurile acestor hormoni pot urca şi coborî de la un ciclu la altul, aşa că un nivel aleatoriu însoţind unul scăzut de estradiol/ridicat de FSH ar indica menopauza, dar ar putea fi şi cauza absentei unei menstruaţii sau două. Uneori, ultima ovulaţie poate produce niveluri de estradiol şi FSH care ar putea fi observate la o femeie de 35 de ani.

Nu uita însă că nu avem nevoie de niveluri hormonale pentru a şti dacă o fată de 12 ani, care creşte în înălţime şi căreia i se dezvoltă sânii, este la pubertate. în mod similar, dacă o femeie are peste 40 de ani şi se confruntă cu menstruaţii neregulate şi/sau bufeuri, ştim că nivelurile sale hormonale se schimbă şi că se află în *9* tranziţia spre menopauză. Testarea hormonilor doar ca verificare nu ne spune nimic despre stadiul în care se află o femeie în timpul tranziţiei spre menopauză şi nici când se aşteaptă ultima menstruaţie. Ba mai mult, nici nu este necesar, deoarece nivelurile hormonale nu modifică recomandările pentru tratamentul hormonal al menopauzei (THM), deşi aceste teste sunt importante când menstruaţia se opreşte înainte de vârsta de 40 de ani (vezi capitolul 6). Testele hormonale sunt importante şi în scopuri de cercetare şi ca parte din evaluarea infertilităţii, dar nu fac subiectul acestei cărţi. Deocamdată, diagnosticul menopauzei se bazează pe vârstă, pe un istoric de menstruaţii neregulate urmat de 12 luni fără menstruaţie (presupunând că nu există nici o altă explicaţie medicală pentru absenţa ei).

Există şi alte cauze ale menstruatiilor *9* *9* neregulate. O femeie de 30 sau 40 de ani ar putea avea nevoie de analize de sânge pentru a se stabili cauza. De exemplu, tulburările tiroidiene pot provoca menstruaţii neregulate, iar în acest caz pot fi necesare testele.

în cazurile în care este necesară stabilirea nivelurilor hormonale, de exemplu, în depistarea sindromului ovarelor polichistice sau SOP (o afecţiune cu tulburări de ovulatie care afectează între 6 şi **J** *9* 12% dintre femeile aflate la vârsta reproductivă) sau când se suspectează insuficienţa ovariană primară (vezi capitolul 6), se fac analize de sânge. Unii medici oferă teste hormonale salivare, dar acestea nu sunt *niciodată* indicate. Nu sunt nişte teste *9* pe care să te poţi baza şi nici măcar nu reflectă ceea ce se află în sânge. în opinia mea, niciun medic care oferă teste hormonale salivare când există îngrijorări legate de menopauză nu ar trebui să se ocupe de menopauza nimănui.

Cum rămâne cu stabilirea tranziţiei spre menopauză în cazul femeilor care au de obicei menstruaţii neregulate din alte motive sau care suferă de SOP? în cazul lor, s-ar putea ca debutul unor menstruaţii neregulate să nu poată fi folosit ca un semn al începerii tranziţiei spre menopauză. Se poate observa o schimbare a tiparelor de sângerare faţă de ceea ce este tipic pentru femeia respectivă, dar pot apărea şi alte simptome ca semn al tranziţiei spre menopauză, cum ar fi bufeurile sau tulburările de somn, iar acestea pot fi tratate indiferent de ciclul menstrual. Sunt necesare mai multe cercetări privind tranziţia spre menopauză şi SOP.

în cazul femeilor care au suferit o histerectomie sau o ablaţie endometrială (o procedură prin care se îndepărtează mucoasa uterină) ori al celor care au un dispozitiv intrauterin hormonal (DIU hormonal) şi nu au menstruaţie, ciclul nu va putea fi folosit pentru stabilirea tranziţiei spre menopauză sau a datei menopauzei. Dacă este nevoie de tratament, acesta poate fi început în funcţie de simptome sau de factorii de risc.

DE RETINUT

t

• La debutul pubertăţii există aproximativ 300 000 de foliculi imaturi cu oocite (ovule) în ovar, iar la menopauză rămân 1 000 sau mai puţin, dar aceştia nu mai sunt capabili să ovuleze.

• Tranziţia spre menopauză este o etapă de durată
variabilă înainte de ultima menstruaţie – caracterizată de niveluri fluctuante de hormoni.
• Tranziţia spre menopauză se distinge prin
neregularitatea menstruaţiilor, iar femeile care au mai mult de 60 de zile între menstrualii se
I află în faza târzie a tranziţiei spre menopauză – ceea ce înseamnă că ultima lor menstruaţie
I urmează în trei ani sau mai puţin.
• Există multe schimbări hormonale odată cu tranziţia spre menopauză. Menopauza înseamnă mai mult decât nişte simple modificări ale estradiolului.
• Nivelurile hormonale nu ar trebui să fie folosite
pentru prezicerea momentului în care va avea loc ultima menstruaţie, pentru diagnosticarea menopauzei sau pentru stabilirea terapiei în cazul femeilor cu vârsta de peste 40 de ani.

CAPITOLUL 4

Avantajul evolutiv al menopauzei

Un semn de putere, nu de slăbiciune

Există o teorie greşită, dar des întâlnită, conform căreia femeile nu au fost niciodată „menite" să se confrunte cu menopauza. Potrivit acestei teorii, menopauza este o stare întâmplătoare apărută după creşterea speranţei de viaţă ca urmare a condiţiilor sanitare şi medicale moderne, permiţând femeilor să trăiască şi după pierderea funcţiei lor ovariene. O societate patriarhală binevoitoare a permis ca defectele femeilor – cum ar fi menopauza – să fie descoperite.

Stăruinţa cu care se vehiculează acest f
mit este o dovadă a impactului dogmei
patriarhale. Ştergerea din istorie a femeilor aflate la menopauză înseamnă literalmente reducerea femeii la funcţionarea uterului şi a ovarelor ei. De câte ori mi se pare ceva deplasat, înlocuiesc cuvântul „femei" cu „bărbaţi" pentru a vedea cum sună. Dacă sună rezonabil, cel mai probabil voi considera ipoteza demnă de o evaluare suplimentară, dar dacă nu am vorbi niciodată despre bărbaţi în acest fel, atunci îmi arăt neîncrederea sau chiar dispreţul fără menajamente.

A rostit cineva vreodată în istoria medicinei aceste cuvinte: „Datorită unei igiene mai bune şi a îngrijirilor medicale, bărbaţii trăiesc acum suficient de mult J
pentru a ajunge să aibă disfuncţie erectilă"? Mă îndoiesc.

Mitul speranţei de viaţă

Speranţa de viaţă este durata medie a vieţii unui individ dintr-o anumită comunitate şi nu se aplică discuţiilor despre menopauză. De exemplu, când ne referim la o speranţă de viată de 30 de ani din trecut nu înseamnă că J
toată lumea murea după această vârstă, ci că 50% din populaţia lumii trăia până după vârsta de 30 de ani, iar restul murea înainte de 30 de ani. la drept exemplu două gemene identice: una moare la două zile după naştere din cauza unei infecţii, iar cealaltă trăieşte 72 de ani. Ele au o speranţă medie de viaţă de 36 de ani, dar această afirmaţie
nu oferă nicio informaţie utilă despre viaţa oricăreia dintre gemene.

Speranţa de viaţă a crescut semnificativ de-a lungul anilor, atât în cazul femeilor, cât şi al bărbaţilor. Acest lucru se datorează în primul rând faptului că mai mulţi copii supravieţuiesc primului an de viaţă, graţie condiţiilor sanitare îmbunătăţite, a asistenţei medicale primare şi a vaccinurilor. Până relativ recent în istoria omenirii, decesele în primul an de viaţă erau într-un procent foarte ridicat – uneori de 50%. Privind în urmă la propriul arbore genealogic, stră-stră- străbunicii mei John şi Elizabeth Gunter au avut şase copii între anii 1846 şi 1862; doi dintre băieţi – ambii cu numele Thomas -
J
au murit înainte de a împlini 1 an.

Din punct de vedere istoric, dacă reuşeai să treci de prima zi de naştere, şansele de a trăi o viaţă îndelungată creşteau considerabil.

Consemnările unora dintre primele civilizaţii indică faptul că, dacă un om supravieţuia copilăriei, era *posibil* ca el să trăiască până la 60 sau 70 de ani. Un studiu care a analizat consemnările regilor, filozofilor şi poeţilor antici care au trăit înainte de anul 100 î.H. (excluzând morţile violente, deoarece obiectivul era durata naturală de viaţă) a constatat că aceia care se bucurau de privilegiul unui astfel de rang trăiau în medie 72 de ani. Cei care se confruntau cu sărăcia cel mai probabil că trăiau mai puţin din cauza malnutriţiei, a traumatismelor şi a epuizării cauzate de munca grea.

Ce se întâmpla în cazul femeilor? Nu există la fel de multe informaţii, deoarece era mai puţin probabil să se înregistreze datele naşterii şi ale decesului în cazul femeilor. De exemplu, în Roma antică, dacă o femeie murea înaintea soţului ei, era mai probabil ca numele ei să fie înscris pe o piatră funerară decât dacă deceda el primul. Cum soţii erau de obicei puţin mai în vârstă decât soţiile lor, era mai probabil ca ei să moară primii, astfel că decesele femeilor mai tinere erau suprareprezentate pe pietrele funerare, ceea ce face să pară că mai multe femei au murit de tinere sau la scurt timp după ce au adus pe lume un copil, când în realitate este vorba despre ceea ce, în medicină, numim eroare de eşantionare.

Ideea că femeile mureau atât de des la naştere încât majoritatea nu apucau să ajungă la menopauză a fost promovată pentru a susţine conceptul de menopauză ca fiind o experienţă modernă, dar în cea mai mare parte a istoriei noastre consemnate, mortalitatea maternă probabil că nu a fost mai mare de 1 sau 2%. Eu pun o mare parte din acest mod de gândire eronat pe seama obstetricii moderne, pentru că, mă întreb, ce modalitate de a-ţi susţine indispensabilitatea poate fi mai bună decât să insinuezi că majoritatea femeilor vor muri fără intervenţiile tale? în timp ce puzderia de orfani din literatura populară engleză din secolele al XVIII-lea şi al XIX-lea alimenta,
fără îndoială, acest presupus masacru al femeilor pe patul de naştere, ea este compensată în mod evident de arhetipul babei din mitologia şi literatura antică. Dar dacă scopul este cel de a stârpi femeile în vârstă, doar poveştile în care ele nu sunt prezente au şanse să intre în memoria colectivă.

Ştim că femeile au trăit şi după vârsta de 50 de ani, altfel medicii antici greci şi romani nu ar fi putut să consemneze cu exactitate vârsta medie a menopauzei. Pliniu cel Bătrân (scriitor roman care a trăit cu aproximaţie în anii 23-79 d.H.) menţionează în lucrările sale mai multe femei de 90 de ani sau chiar mai în vârstă.

înainte de apariţia instalaţiilor sanitare şi a medicinei moderne, femeile care ajungeau

până la vârsta de 45 de ani aveau probabil o speranţă de viaţă cuprinsă între 60 şi 70 de ani, la fel ca bărbaţii. Acest lucru se potriveşte cu observaţiile din culturile actuale ale vânătorilor-culegători care păstrează un mod de viaţă tradiţional şi nu au acces la medicina modernă. în hadza, un trib din Tanzania care a rezistat colonizării şi care a fost studiat de antropologi în anii 1980, când trăiau în mod tradiţional, dacă o femeie supravieţuia până la vârsta de 45 de ani, ea se putea aştepta să ajungă la 65, maximum 67 de ani.

Menopauza nu este în mod evident un artefact al industrializării sau al medicinei moderne. Salubritatea, nutriţia îmbunătăţită şi medicina par să le fi oferit femeilor, *dar şi bărbaţilor,* o viaţă care depăşeşte 70 de ani. Astăzi, în Statele Unite, o femeie de 45 de ani se poate aştepta să trăiască până la aproape 83 de ani, cu trei ani mai mult decât se poate aştepta un bărbat de aceeaşi vârstă.

Menopauza şi povara reproducerii

Când se gândesc la evoluţie şi la supravieţuirea celor mai puternici, majoritatea oamenilor iau în considerare doar individul şi urmaşii săi. Acest lucru nu se poate aplica în cazul menopauzei, deoarece femeile aflate în postmenopauză nu se reproduc, deci nu îşi mai transmit materialul genetic direct generaţiei următoare. Dar, după menopauză, femeile îşi pot proteja în continuare moştenirea genetică contribuind la supravieţuirea nepoţilor lor.

Avantajul evolutiv al menopauzei este reprezentat de bunicuţe. El este cunoscut sub numele „ipoteza bunicilor" şi există o mulţime de date ştiinţifice care o susţin.

f I J J

Deşi este adevărat că majoritatea mamiferelor – femele şi masculi – mor relativ repede după ce îşi pierd capacitatea de reproducere, oamenii nu sunt la fel. în cazul oamenilor, sarcina reprezintă cu mult mai mult o investiţie biologică. Ea nu numai că redirectionează calorii şi substanţe f I J
nutritive, ci în lumea mamiferelor, oamenii au parte de naşteri îngrozitoare. Ştiu că, personal, mulţi oameni consideră că naşterea sau cel puţin propria naştere este frumoasă, iar acest lucru este absolut corect, dar, din punct de vedere biologic, este mai mult o situaţie de „este la limită" care ţine de faptul că femeile trebuie să suporte sacrificiul fizic. Am văzut o căprioară fătând în curtea mea. A fost ceva de genul „naşte, ridică-te şi pleacă". S-a întâmplat foarte repede, cu o pierdere minimă de sânge şi fără leziuni fizice vizibile. Dar puiul de căprioară nu trebuie să meargă la şcoală.

Femeile au travaliile mai lungi şi mai dificile decât majoritatea mamiferelor din cauza capului mare la naştere şi al pelvisului relativ îngust care ne permite să mergem în două picioare. Inteligenţa şi capacitatea de a merge în poziţie verticală, care permit să ne folosim mâinile pentru alte sarcini, ne-au conferit avantaje evolutive uriaşe. Dar care este problema? Problema este trecerea capului mare al fătului, necesar pentru inteligenţă, prin bazinul îngust de care avem nevoie pentru a fi bipede. Este un proces dureros, ţesuturile se deteriorează şi pot exista pierderi mari de sânge. Există, de asemenea, riscul mortalităţii materne, deosebit de devastator din punct de vedere evolutiv, deoarece dacă o mamă murea în timpul sarcinii lăsând unul sau mai mulţi copii orfani, ei aveau mai multe şanse să moară.

După naştere, există sarcina dificilă a creşterii copilului până când acesta poate avea grijă de el însuşi. Bebeluşii sunt deosebit de vulnerabili în comparaţie cu alte mamifere la naştere şi pentru că sistemul nostru nervos şi creierul sunt departe de a fi complet dezvoltate. Alăptarea şi creşterea copiilor necesită un plus de calorii pentru familie, iar copiii mici îngreunează găsirea hranei şi asigurarea unui adăpost.

Cine poate ajuta la preluarea unora dintre aceste sarcini care necesită multe resurse? Bunica. Dar ea poate procura hrană şi apă, poate găsi adăpost şi asigura îngrijirea copiilor doar dacă nu este ea însăşi împovărată de aceste sarcini.

Cea mai utilă bunică este aceea care şi-a încheiat de mult perioada de reproducere şi care şi-a născut copiii cu suficient de mult timp în urmă încât să-i poată lăsa nesupravegheaţi.

Este o teorie grozavă, dar unde sunt dovezile?

Cercetătorii au analizat registrele de naştere şi de deces ale femeilor din secolele XVIII—XIX din Canada şi Finlanda. Ei au descoperit că, cu cât o femeie trăia mai mult, cu atât avea mai mulţi nepoţi. Cercetătorii au ţinut cont de numărul copiilor pe care îi aveau bunicile însele, deoarece aceasta este, evident, o variabilă importantă în ceea ce priveşte numărul nepoţilor.

Bunicile nu îsi transmiteau materialul genetic pentru o naştere mai uşoară, pentru că ele aveau un impact atât asupra fiicelor, cât şi a fiilor. Deşi este posibil ca genetica să fi jucat un anumit rol – bunicile care trăiesc
mai mult pot avea un bagaj genetic care să favorizeze şi supravieţuirea în copilărie ea nu a constituit un factor determinant major, deoarece impactul bunicii dispărea odată cu distanţarea acesteia de restul familiei. Dacă f
locuia în apropiere de fiică sau fiu, o bunică avea în medie cu doi nepoţi mai mult decât una care locuia la distantă mare. Nu era
J
vorba doar despre a avea o bunică suficient de sănătoasă ca să trăiască, cel mai mult conta o bunică aflată suficient de aproape. Chiar este nevoie de un sat pentru a creşte un copil, după cum spune proverbul.

Sigur, vei spune, o bunică tânără ar fi utilă, dar una de 60 sau 70 de ani? Este adevărat că, în urmă cu sute de ani, bunicile erau poate mai tinere decât multe dintre cele din prezent. Cu toate acestea, importanţa unei bunici nu a scăzut odată cu înaintarea în vârstă. Pentru fiecare deceniu cu care o bunică depăşea vârsta de 50 de ani, ea avea încă doi nepoţi. Bunicile aflate la postmenopauză contribuiau la importanţa nucleului familial şi erau cadoul veşnic valoros.

Bunicile se bucurau probabil de o relaţie simbiotică cu nucleul familial. Asigurarea hranei şi îngrijirea nepoţilor au sporit importanţa lor. Dacă un procent semnificativ din caloriile familiei erau asigurate de bunici, pare lesne de înţeles că ele erau protejate de grup, care le sporea astfel şansele de supravieţuire.

Este exact ceea ce au arătat şi observaţiile făcute asupra femeilor hadza.
Potrivit cercetărilor efectuate de dr. Kristen Hawkes şi echipa sa, femeile hadza care au în familie o bunică au mai mulţi copii decât cele fără bunică, iar femeile hadza aflate la postmenopauză îşi petrec o mare parte din zi căutând hrană – ele petrec chiar mai mult timp procurând-o decât bărbaţii adulţi. Când fiica unei astfel de femei alăptează, timpul pe care o bunică hadza îl petrece pentru procurarea hranei creşte.

Se crede că, de-a lungul unei lungi perioade din istoria umanităţii, bărbaţii au fost cei

care au procurat hrană din vânătoarea animalelor masive, dar aceasta este o sarcină care necesită o muncă incredibil de laborioasă şi o sursă nesigură de hrană. Deşi se potriveşte cu scenariul patriarhal al bărbatului ca protector al familiei, în societăţile de vânători-culegători, cea mai mare parte din hrana familiei era culeasă, iar bunicile excelau în această sarcină. Aducerea vânatului mare se poate să fi contribuit în alte moduri – de exemplu, la asigurarea poziţiei sociale în cadrul colectivităţii.

J

Psihologii vorbesc despre două tipuri diferite de inteligenţă: inteligenţa fluidă şi cea cristalizată. Inteligenţa fluidă include gândirea rapidă, reamintirea rapidă şi îndeplinirea mai multor sarcini simultan, şi atinge apogeul la vârsta de 20-30 de ani. Pe măsură ce ne apropiem de vârsta mijlocie, se dezvoltă inteligenţa cristalizată, care constă în modul în care folosim şi aplicăm ceea ce am învăţat. Acest tip de inteligenţă
a fost deosebit de util pentru bunicile din Antichitate care contribuiau la viata

J colectivităţii, poate prin reperarea hranei în perioadele de secetă sau prin identificarea speciilor de plante care erau sigure pentru consum.

în afară de om, singurele mamifere despre care se ştie că au menopauză sunt cetaceele cu dinţi, cele mai bine studiate fiind balenele ucigaşe sau orcile. La fel ca oamenii, femelele de balene ucigaşe încetează să se mai reproducă în jurul vârstei de 40 de ani şi pot trăi până la 90 de ani, deci şi ele îşi trăiesc aproximativ jumătate din viaţă după menopauză. (Din punct de vedere tehnic, „menopauză" nu este cel mai bun cuvânt, deoarece balenele nu au menstruaţie, ci un ciclu estral, dar vom folosi menopauza ca termen înlocuitor). Masculii de balenă ucigaşă mor în jurul vârstei de 50 de ani.

Este clar că femelele de balene ucigaşe trăiesc după menopauză nu datorită sistemului patriarhal binevoitor.

Cercetătorii au studiat decenii informaţii

J obţinute de la balenele ucigaşe din nord- vestul Pacificului. La fel ca oamenii, ele trăiesc în grupuri mici, sunt sociabile şi inteligente. Puii lor rămân în acelaşi grup, astfel încât se poate urmări dinamica bunică-mamă-progenitură. La fel ca în cazul datelor referitoare la oamenii din Canada şi Finlanda şi la femeile hadza, o bunică de balenă ucigaşă creşte probabilitatea ca nepotul ei să
supravieţuiască. în cazul în care o bunică moare, nepotul ei se confruntă cu un risc crescut de deces în decursul următorilor doi ani. De asemenea, cercetătorii au descoperit că, atunci când hrana este puţină, bunicile orcă s-au descurcat cel mai bine să localizeze somonul, conducându-şi grupul spre sursa de hrană, şi au împărţit captura cu nepoţii lor.

Cum a evoluat menopauza?

Multi oameni – inclusiv medici – abordează această întrebare dintr-o perspectivă greşită, gândind în termeni de *deficienţă* ovariană din cauza prejudecăţilor conform cărora femeile sunt mai slabe şi care sugerează că fiziologia masculină reprezintă un fel de standard uman. Această ipoteză falsă conform căreia menopauza este o deficienţă biologică care le determină pe femei să nu se mai poată reproduce înaintea bărbaţilor nu pare a fi diferită de cea a medicilor antici greci, care credeau că femeile sunt prea umede pentru că ţesutul lor e deficitar în comparaţie cu cel al bărbaţilor.

Pentru a afla modul în care a evoluat menopauza, ne putem uita la cimpanzei, cea mai apropiată rudă a noastră din regnul animal. Şi noi, şi cimpanzeii ne-am despărţit de un strămos comun în urmă cu câteva milioane de ani şi împărtăşim peste 98% din ADN-ul nostru. Care sunt unele dintre asemănările noastre? Funcţia ovariană este
una. Atât femeile, cât şi femelele cimpanzeu au ovare cu foliculi primordiali şi cicluri menstruale. în jurul vârstei de 37 de ani, femelele cimpanzeu, la fel ca femeile, încep să piardă în mod accelerat foliculi primordiali, iar fertilitatea începe să scadă. Diferenţa este că cimpanzeii mor în jurul vârstei de 50 de ani, ceea ce înseamnă că nu trăiesc mult timp după ce funcţia lor ovariană încetează. în afară de longevitate, există şi alte diferente esenţiale între oameni şi cimpanzei – primatele nasc mai uşor, iar puii lor devin independenţi mai devreme decât copiii.

Aşadar, întrebarea nu ar trebui să fie: de ce funcţia ovariană şi, în consecinţă, fertilitatea se opresc brusc în jurul vârstei de 50 de ani? întrebarea pe care ar trebui să o luăm în considerare este: cum reusesc femeile să se descurce atât de bine din punct de vedere fizic, încât au ajuns să trăiască dincolo de capacitatea lor de reproducere?

Acest lucru ne readuce la bunici.

Interesant este că bunicile cimpanzeilor nu se implică în creşterea şi îngrijirea nepoţilor lor, dar pentru oameni, implicarea în creşterea unui nepot înseamnă supravieţuirea celui mai puternic – jocul pe termen lung. Grupurile de familii în care există o bunică implicată şi dornică să ajute aveau un avantaj în privinţa supravieţuirii, iar această caracteristică genetică a devenit, cu timpul, dominantă. Cu cât o bunică trăia mai mult, cu atât mai mulţi nepoţi avea şi aşa
mai departe. Este posibil şi ca bunicile să fi avut o anumită importanţă ca îngrijitoare la naştere, deoarece s-a demonstrat că sprijinul permanent al unei moaşe în timpul travaliului scurtează durata acestuia, îmbunătăţeşte rezultatele naşterii, iar alăptarea se va face fără probleme. Deşi studiile care privesc moaşele moderne nu pot fi aplicate direct femeilor din Antichitate, este puţin probabil ca prezenţa în preajmă a unei persoane cu cunoştinţe de bază, capabilă să ofere îngrijire şi sprijin, să fi constituit un aspect negativ.

Masculii de balenă ucigaşă mor mult mai devreme decât femelele – în jurul vârstei de 50 de ani –, probabil pentru că longevitatea lor ar afecta în mod negativ supravieţuirea grupului, sau poate din cauza competiţiei pentru hrană ori poate dintr-un alt motiv. Deşi nu despre evoluţia bărbaţilor este vorba în această carte, pare rezonabilă ipoteza conform căreia bărbaţii longevivi au oferit şi avantaje, fie în mod direct – ajutându-şi copiii şi nepoţii şi susţinând bunicile –, fie indirect – prin creşterea statutului social al familiei sau ajutând grupul, în general.

Deoarece femeile trăiesc în medie cu câţiva ani mai mult decât bărbaţii, asta ne face să ne întrebăm dacă nu cumva longevitatea speciei noastre a fost determinată de bunicile longevive. Recunosc că s-ar putea să fiu departe de adevăr, având în vedere că longevitatea femelelor de balenă ucigaşă nu o influenţează pe cea a masculilor, dar îmi place ideea
Figurii
Matriarhale Universale care orchestrează longevitatea speciei noastre.

Ca o paranteză, mă întreb uneori dacă motivele pentru care poveştile despre femei sunt atât de captivante pentru alte femei nu sunt cumva doar o soluţie pentru a vorbi despre asta în public, după secole de tăcere. Poate că suntem conectate la povestirile colective, deoarece acest lucru ar facilita transmiterea de informaţii vitale despre găsirea hranei şi a

apei. Dacă femeile erau principalele căutătoare de hrană, abilitatea lor de a aduna informaţii în acest mod ar fi fost de o importanţă capitală.
Importanţa femeilor din ziua de azi nu este condiţionată de calitatea de a fi
f
bunică
Inteligenţa umană ne-a permis să ne dezvoltăm în multe feluri, dincolo de programarea noastră evolutivă, aşa că, deşi ipoteza bunicii explică modul în care am ajuns să avem menopauză, asta nu înseamnă că femeile sunt importante doar ca bunici. Ipoteza bunicii ar trebui să trezească societatea la realitate în privinţa femeilor aflate la menopauză. Astfel, ideea patriarhală că importanţa femeii scade atunci când încetează ovulaţia pare şi mai ofensatoare, deoarece femeile aflate la menopauză au contribuit literalmente la impulsionarea evoluţiei. Trebuie să recunoaştem că, fie dintr-o alegere
personală, fie, din păcate, din cauza infertilităţii sau a mort ii copiilor ori a nepoţilor lor, nu toate femeile sunt bunici. De asemenea, nu toate bunicile sunt importante în viaţa copiilor lor.
De ce este menopauza asociată cu aşa multe probleme medicale dacă bunicile fac parte din plan?
Bufeuri? Osteoporoză? Boli cardiace? Uscăciune vaginală? Ce fel de plan este acesta?
Nu există nicio cale de a evita îmbătrânirea. Dacă deteriorarea organismului ar fi fost un impediment pentru evoluţie, nu sunt sigură unde ne-am fi aflat acum şi nici măcar nu ştiu cum să ne imaginăm acea linie temporală alternativă a evoluţiei. Dacă bolile de inimă care apar după menopauză sunt un semn al adaptării inadecvate, ce spune asta despre a fi bărbat? în timp ce pierderea accelerată a masei osoase începe în anii din preajma ultimei menstruaţii, riscul de apariţie a fracturilor nu începe să crească până când o femeie nu are în jur de 60 de ani, ceea ce corespunde unei durate naturale de viaţă de 65-70 de ani. Nu se ştie nici dacă era acelaşi risc crescut de apariţie a fracturilor odată cu vârsta şi cu mii şi mii de ani în urmă. Dieta, exerciţiile fizice şi expunerea la lumina soarelui erau foarte diferite, la fel ca
multe alte variabile care contribuie la sănătatea oaselor.
Menstruaţia şi sarcina fac parte din planul evoluţiei şi, cu toate acestea, ambele sunt asociate unor simptome tulburătoare şi unor probleme de sănătate, dintre care unele grave. Realitatea nefericită a deţinerii unui uter şi a unor ovare este aceea de a trebui să mergem mai departe, în ciuda poverii simptomelor neplăcute. Dacă bufeurile sau transpiraţiile nocturne au fost întotdeauna la fel ca acum, este puţin probabil ca ele să le fi împiedicat pe cele mai multe femei să adune hrană. în plus, este posibil ca o viaţă trăită în mare parte în aer liber şi/sau dieta şi activitatea fizică crescută să fi condus la apariţia unui număr mai mic de simptome sau a unora diferite de cele pe care le au femeile în prezent.
Ori de câte ori am neplăceri din cauza menopauzei sau a vârstei, îmi amintesc că, fără femeile aflate în această etapă a vieţii, lumea noastră ar fi probabil mult diferită, iar durata vieţii ar fi mult mai scurt. Iar f
menopauza nu este un semn de slăbiciune, ci mai degrabă este o dovadă de putere.
DE RETINUT
*
- Menopauza a jucat un rol esenţial în evoluţia
umană.
- Bunicile le conferă nepoţilor lor un avantaj în
materie de supravieţuire, în general prin procurarea hranei şi prin faptul că ajută la îngrijirea copiilor şi la asigurarea adăpostului.
- Unele balene cu dinţi, în special balenele ucigaşe,
ajung la menopauză, iar bunicile balenă sunt esenţiale pentru supravieţuirea nepoţilor lor.
- Femelele cimpanzeu, cea mai apropiată rudă a
noastră, încetează să mai ovuleze cam la aceeaşi vârstă cu femeile, dar mor la scurt timp după aceea.
- Femeile au evoluat pentru a trăi şi după încetarea
funcţiei ovariene, deoarece societatea are de câştigat datorită menopauzei.

CAPITOLUL 5 Momentul menopauzei înţelegerea ceasului biologic
Vârsta medie la care femeile din Statele Unite intră la menopauză este de 51 de ani şi este aceeaşi în întreaga ţară pentru femeile afro-americane, hispanice, americance de origine japoneză sau chineză şi albe. Unele studii mai vechi sugerau că femeile afro-americane şi hispanice din America intră mai repede la menopauză, dar datele din studiul SWAN (Study of Women’s Health Across the Nation) au încercat să controleze multi factori care contribuie la
J
inegalităţile rasiale în materie de sănătate, iar datele sugerează că nu există nicio diferenţă. Nu se ştie dacă vârsta J I
menopauzei a crescut pentru femeile afro- americane şi hispanice şi este în prezent aceeaşi cu cea a femeilor caucaziene, sau dacă datele anterioare, care indică o vârstă
mai mică, sunt false din cauza rasismului implicat în cercetarea medicală.
Femeile din Canada, Marea Britanie, Australia, Norvegia, Ţările de Jos, Grecia şi unele regiuni ale Asiei au o vârstă medie a menopauzei similară cu cea a femeilor din Statele Unite – între 50 şi 52 de ani –, în timp ce femeile din ţările în curs de dezvoltare tind să aibă o vârstă a menopauzei naturale uşor mai mică. Femeile care trăiesc la altitudini mari (de exemplu, în Himalaya sau în Anzi) sunt predispuse să intre la menopauză mai devreme.
Din punct de vedere medical, vârsta menopauzei este importantă, deoarece există riscuri mai mari în privinţa sănătăţii pentru femeile care intră la menopauză mai devreme; de exemplu, există un risc crescut de apariţie a bolilor cardiovasculare, a osteoporozei şi a demenţei.
Aceste riscuri de sănătate ridică mai multe probleme femeilor a căror ultimă menstruaţie survine între 40 şi 45 de ani. f I
Cele care au menopauză timpurie pot reduce o parte din aceste riscuri crescute cu ajutorul THM (tratamentul hormonal al menopauzei) (vezi capitolele 17 şi 18). O menopauză mai târzie, adică la cel puţin 54 de ani, este asociată cu un risc crescut de cancer de sân şi de cancer endometrial. Atunci când ovulatia încetează înainte de
J
vârsta de 40 de ani, diagnosticul este de insuficienţă ovariană primară, iar acest lucru necesită o discuţie separată (pentru mai multe informaţii, vezi capitolul 6).
Punând în balanţă toate aceste aspecte, o menopauză timpurie este asociată într-o

măsură mai mare cu un deces timpuriu decât una târzie, deoarece bolile cardiovasculare sunt mult mai frecvente decât cancerul de sân şi cel endometrial. Pentru fiecare an în care menopauza întârzie după vârsta de 39 de ani, riscul de deces din cauza bolilor cardiovasculare scade uşor.

Există vreo legătură între vârsta primei menstruaţii şi cea a ultimei menstruaţii?

I f I

Dacă prima menstruaţie este mai devreme, nu înseamnă că femeia respectivă va intra mai devreme la menopauză – vârsta medie a menopauzei este aceeaşi, indiferent dacă menstruaţia începe la 9 sau la 14 ani. Singura excepţie este când prima menstruaţie apare la vârsta de 16 ani sau mai târziu. Atunci vârsta medie a menopauzei este uşor mai târzie – 52 de ani.

Nu te-ai aştepta ca vârsta ultimei menstruaţii să fie independentă de cea a primei menstruaţii – la urma urmei, dacă menopauza apare când numărul de foliculi scade sub 1 000, unei fete care a avut prima menstruaţie la 9 ani nu i s-ar epuiza mai devreme foliculii în comparaţie cu alta care a avut-o la 12 ani? Se pare că nu numărul ciclurilor este ceea ce contribuie la pierderea
foliculilor; contează numărul de foliculi pierduţi la fiecare ciclu. Este important de ştiut şi că, deşi atât pubertatea, cât şi menopauza sunt legate de menstruaţie, evenimentele biologice care declanşează pubertatea şi fiecare menstruaţie sunt foarte diferite de cele care au ca rezultat ultima menstruaţie. De exemplu, numărul de foliculi este foarte important în ceea ce priveşte ultima menstruaţie, dar n-are nicio relevanţă în privinţa primei. Gândeşte-te la fiecare menstruaţie ca la un furtun care a fost f
deschis pentru un timp ca să umpli o găleată, iar la ultima menstruaţie ca la consecinţa apariţiei unei mici găuri care a golit-o. Golirea găleţii nu este o inversare a procesului folosit pentru a o umple cu apă.

Femeile cu cicluri mai scurte tind să ajungă puţin mai devreme la menopauză. Există ipoteza conform căreia semnalele hormonale care determină un ciclu mai scurt pot avea legătură cu numărul de foliculi pierduţi la fiecare ciclu, dar sunt necesare mai multe cercetări în acest domeniu.

Genetica

Genetica este de departe cel mai important factor contributiv – unele studii sugerează că ea controlează vârsta menopauzei în proporţie de 30 până la 85%. Este o oscilaţie mare, dar chiar şi 30% reprezintă un procent mare din punct de vedere medical.

Stabilitatea vârstei menopauzei de-a lungul a mii de ani susţine şi ea ipoteza componentei genetice puternice.

Este important să separăm influenţa geneticii de mediul familial comun, deoarece mamele şi fiicele trăiesc de obicei împreună pentru perioade lungi; astfel, înţelegerea rolului geneticii şi al alimentelor sau al unei alte variabile necesită ceva efort. Pentru a răspunde la această întrebare, un grup de cercetători din Marea Britanie a analizat mii de diade sau perechi de mame şi fiice şi combinaţii de surori din cadrul aceleiaşi

J I

familii. Gemenele identice erau cele mai susceptibile de a avea vârste similare la menopauză, ceea ce nu este surprinzător, dar era mai probabil ca două surori să aibă o vârstă similară la menopauză decât combinaţiile mamă-fiică. Este o constatare

J

fascinantă, deoarece atât surorile, cât şi combinaţiile mamă-fiică împărtăşesc 50% dintre gene. Cercetătorii au conchis că surorile au mai multe sanse de a avea vârste similare la menopauză decât perechile mamă-fiică, datorită impactului geneticii la care se adaugă cel al mediului – în general, surorile petrec mai mult timp în acelaşi mediu comun decât o mamă şi o fiică.

Rolul jucat de vârsta mamei sau a surorii este mai predictiv la extreme, astfel încât, dacă o mamă trece prin menopauză la vârsta de 45 de ani sau mai devreme, fiica ei are şanse mari de a intra în această etapă la aceeaşi vârstă timpurie. Acelaşi lucru este
valabil şi când mama trece prin menopauză la 54 de ani sau mai târziu.

Nu au fost identificate toate genele şi variantele lor care condiţionează vârsta

J

menopauzei, deşi unele sunt cunoscute. De exemplu, o mutaţie nefastă a genei BRCA, care creste riscul femeii de a face cancer mamar şi ovarian, scade vârsta menopauzei naturale.

Fumatul şi alte substanţe chimice

9 9

nocive

După genetică, fumatul are cel mai mare impact asupra menopauzei, scăzând vârsta acesteia cu aproximativ doi ani. De asemenea, fumatul scurtează tranziţia spre menopauză. Toxinele din fumul de ţigară se acumulează în foliculii ovarieni, provocând leziuni ireversibile, şi probabil că există şi alte efecte negative asupra fluxului de sânge către ovare şi a semnalelor hormonale. Expunerea fătului la fumat de către mamă poate afecta vârsta apariţiei menopauzei la fiică, deoarece foliculii se dezvoltă în timpul sarcinii. Datele privind expunerea la fumatul pasiv – adică ceea ce poţi respira dacă împărţi locuinţa sau spaţiul cu fumători – sunt contradictorii, dar expunerea pe termen lung (peste 20 de ani) poate scădea uşor vârsta menopauzei. Acesta a fost un lucru care m-a preocupat întotdeauna, deoarece mama era o fumătoare înrăită când era însărcinată cu mine şi ambii mei părinţi au
fost fumători înrăiţi în cea mai mare parte a perioadei în care am locuit cu ei.

Potrivit Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS), fumatul are cea mai mare incidenţă în Europa, unde 19% dintre femeile adulte fumează. Următoarele regiuni cu incidenţă ridicată sunt America de Nord şi Marea Britanie, unde aproximativ 13% dintre femei sunt fumătoare. Incidenţa scade J semnificativ în alte regiuni ale lumii – în estul Mediteranei, 3% dintre femei fumează, iar în sud-estul Asiei şi în Africa se ajunge la 2%. Renunţarea la fumat rămâne cea mai

J

bună schimbare pe care o poate face o femeie pentru sănătatea şi menopauza ei.

Substanţele chimice care perturbă sistemul endocrin provenite din mediul înconjurător pot afecta hormonii. Unele sunt naturale, cum ar fi lavanda, iar altele sunt produse de om şi se găsesc în pesticide, materialele plastice, substanţele chimice industriale şi factori poluanţi. Nivelurile mai ridicate de perturbatori endocrini produşi de om sunt asociate cu o varietate de probleme de sănătate reproductivă, cum ar fi pubertatea precoce, infertilitatea, endometrioza şi cancerul de sân. Nivelurile mai ridicate de perturbatori endocrini din compuşi chimici sintetici cunoscuţi sub numele PFAS (substanţe per- şi polifluoroalchilate)

sunt legate de o menopauză mai timpurie – cu până la doi ani mai devreme în cazul femeilor cu niveluri ridicate de expunere.

PFAS sunt utilizate în vasele de gătit antiaderente, în hainele impermeabile, în pungile de porumb pentru cuptorul cu microunde şi în alte ambalaje pentru alimente şi chiar în unele produse cosmetice. Datele au fost mai dificil de clasificat, deoarece femeile au, în general, niveluri mai scăzute ale acestor substanţe
J chimice decât bărbaţii. Motivul: menstruatia
J f
ajută femeile să elimine PFAS, astfel încât cele care trec prin menopauză la vârsta de 45 de ani ar fi de aşteptat să aibă niveluri mai ridicate decât femeile a căror ultimă menstruaţie se produce la vârsta de 52 de ani. Cu toate acestea, acum dispunem de date care măsoară nivelurile înainte şi după menopauză, iar nivelurile mai ridicate de PFAS par a fi un factor care contribuie la menopauza mai timpurie.

Acidul perfluorooctanoic (PFOA) şi acidul perfluorooctanosulfonic (PFOS) – cele două PFAS legate cel mai puternic de o menopauză mai timpurie – nu se mai produc în Statele Unite. Ele pot fi fabricate în alte ţări şi, prin urmare, pot fi găsite în unele produse importate. Chiar dacă PFAS în sine, sau produsele care le conţin, nu se mai fabrică în Statele Unite, acestea aproape că nu se degradează niciodată (sunt adesea numite substanţe chimice eterne), astfel încât peste 100 de milioane de americani au PFAS în apa potabilă – o moştenire a deşeurilor ecologice provenite din producţie şi din produsele de la gropile de gunoi, care se degradează şi eliberează PFAS. Aproape
fiecare american are în sânge un nivel de PFAS care poate fi estimat; cu toate acestea, nivelurile au scăzut din 2002, când producţia a fost eliminată treptat. în Statele Unite, nu există un standard naţional de PFAS pentru apa potabilă, aşa că oamenii nu ştiu dacă cea pe care o beau conţine sau nu niveluri îngrijorătoare ale acestor substanţe. Nu se cunoaşte nici cum ar putea alte substanţe chimice care perturbă sistemul endocrin să afecteze vârsta menopauzei sau tranziţia spre menopauză.

Este dificil să evităm perturbatorii endocrini, deoarece aceştia se găsesc în aer, în apă şi în sol. Câteva recomandări practice sunt să eviţi să introduci alimente ambalate
J
în plastic în cuptorul cu microunde, să nu porti în casă încălţămintea de stradă şi să îti
I J J F J
speli mâinile la intrarea în casă pentru a limita expunerea la reziduurile acumulate în exterior prin contactul cu factorii poluanţi, praful şi solul. Fructele şi legumele organice au în general mai puţine reziduuri de pesticide în comparaţie cu cele cultivate în mod convenţional, ceea ce îi poate atrage pe unii, dar este important de reţinut că organic nu înseamnă că nu conţine pesticide, deoarece este permisă utilizarea pesticidelor certificate organic. Trecerea la alimentele organice poate fi mai sigură pentru lucrătorii din agricultură care sunt mai puţin expuşi la perturbatorii endocrini, având în vedere că aceştia au cea mai mare rată de expunere la pesticide, iar unii dintre ei pot fi expuşi în condiţii de muncă nesigure; cu toate acestea, agricultura organică necesită mai multă forţă de muncă fizică şi, în lipsa reglementărilor, acest lucru ar putea conduce la exploatarea în alte moduri a acestor lucrători esenţiali. 0

J discuţie completă despre siguranţa lucrătorilor din agricultură depăşeşte sfera noastră de interes din această carte.

Canabisul este un produs natural care afectează sistemul endocrin, iar un studiu a sugerat că persoanele care fumează foarte mult au mai puţini foliculi stimulaţi în timpul tratamentului pentru infertilitate. Acest lucru nu înseamnă că menopauza este afectată de canabis; dar având în vedere că ştim că sistemul endocanabinoid (receptorii asupra cărora acţionează canabisul) are un rol în reproducere şi că alte studii au arătat că este posibil ca această substanţă să afecteze hormonii, este plauzibil din punct de vedere biologic să aibă un impact asupra menopauzei şi, prin urmare, acest lucru trebuie studiat. Multi oameni sunt dornici să
J
creadă într-o influenţă net pozitivă a canabisului asupra fiecărui sistem din organism, dar am fi naivi să presupunem că activarea sistemului endocanabinoid este benefică. Nu ştim ce nu ştim, iar în acest moment canabisul şi menopauza ar trebui să se afle în categoria necunoscutelor.

Starea generală de sănătate şi sănătatea reproductivă

Femeile care declară că au o stare de sănătate mai precară sunt predispuse la o menopauză mai timpurie, iar unele afecţiuni medicale – cum ar fi cele autoimune şi SIDA – sunt asociate cu menopauza la o vârstă mai mică. Motivele sunt cel mai probabil complexe şi pot varia de la o afecţiune medicală la alta, astfel că sunt necesare mai multe cercetări.

Aducerea pe lume a mai multor copii este legată de o menopauză mai târzie, dar acest lucru poate fi din cauza faptului că fertilitatea reflectă sănătatea foliculilor şi starea generală de sănătate – deci corelaţie, nu cauzalitate. Cu alte cuvinte, încercarea activă de a avea mai mulţi copii nu va întârzia ultima menstruaţie. Interesant este f
faptul că administrarea anticoncepţionalelor orale (ACO) este asociată şi cu o menopauză mai târzie, probabil pentru că ACO acţionează prin suprimarea hormonilor care declanşează recrutarea foliculilor, astfel încât este posibil să întârzie pierderea foliculilor ovarieni care are loc în fiecare lună odată cu ovulatia.
f
Mai multi cercetători au încercat să
J
găsească răspuns la întrebările privind greutatea şi menopauza. în general, se pare că subponderalitatea este asociată cu o menopauză mai timpurie. Nu se ştie dacă este vorba despre cauză şi efect, adică dacă
o masă adipoasă mai mică are un efect direct asupra îmbătrânirii foliculilor sau dacă femeile subponderale sunt mai susceptibile de a avea o stare de sănătate precară (unele afecţiuni medicale pot determina o greutate sub normal). Nu pare să existe o legătură între supraponderalitate şi vârsta menopauzei.

A fost identificată o posibilă legătură între activitatea fizică mai intensă şi vârsta mai timpurie a menopauzei, dar această legătură este departe de a fi puternică. Deşi exerciţiile fizice pot suprima hormonii care declanşează ovulaţia şi unele persoane care fac multă mişcare ar putea fi subponderale – ceea ce înseamnă că există posibile mecanisme biologice la mijloc este destul de clar că exerciţiile fizice au un
J

beneficiu net pentru sănătate şi sunt asociate nu doar cu longevitatea în general, ci şi cu o longevitate mai sănătoasă. Pentru mai multe informaţii cu privire la efectele benefice ale exercitiilor fizice şi la
menopauză, consultă capitolul 7.

Studiile privind dieta şi menopauza sunt greu de digerat. De exemplu, dietele bogate în grăsimi, carbohidraţi şi fibre şi dietele vegetariene au fost toate asociate cu o vârstă mai timpurie a menopauzei, dar la fel au fost şi cele cu un aport crescut de legume, leguminoase şi carne. Este destul de dificil să studiezi legăturile dintre dietă şi menopauză, deoarece necesită să se facă distincţia între corelaţie şi cauzalitate şi să
se tină cont de factorii sociali determinanti
ai sănătăţii. De asemenea, dietele bogate în fibre şi o dietă vegetariană/vegană sunt asociate cu multe rezultate pozitive pentru sănătate, mai ales cu un risc mai mic de apariţie a bolilor cardiovasculare. Multe dintre studiile privind dieta nu abordează calitatea ei. Până în prezent, nu există nicio dovadă că o anumită dietă poate proteja ovarele sau poate aduce beneficii pentru sănătatea reproducerii, dincolo de cele ale unei diete sănătoase, în general. Pentru mai multe informaţii despre ce înseamnă o dietă sănătoasă la menopauză, consultă capitolul 21.

Consumul de alcool este asociat cu o vârstă mai târzie a menopauzei. în aceste studii, consumul de alcool era destul de redus, de obicei un pahar pe zi. Legătura dintre alcool şi menopauză nu este înţeleasă, iar asta nu înseamnă că o femeie ar trebui să consume mai mult alcool pentru a încerca să contracareze alti factori care i-
ar putea diminua vârsta menopauzei. Zic şi eu. Există şi alte modalităţi prin care alcoolul poate influenţa menopauza, care vor fi abordate în capitolele respective.

Factorii sociali determinanti ai sănătăţii

Cercetările au stabilit o legătură între lipsa studiilor superioare, a unui loc de muncă, un statut socioeconomic inferior în copilărie şi o vârstă mai timpurie a menopauzei. Nu se cunosc cauzele reale şi sunt necesare mai
multe cercetări pentru a înţelege motivele biologice. Unele informaţii sugerează că femeile necăsătorite sunt predispuse la o menopauză mai timpurie, dar există şi studii care susţin contrariul. Este dificil să se
disocieze căsătoria de stabilitatea economică şi de stres. De exemplu, în timpul pandemiei cu COVID-19, soţii au fost mai puţin expuşi riscului de a se confrunta cu instabilitate economică şi de a suferi de foame decât persoanele necăsătorite. în plus, femeile care au mai mulţi copii tind să aibă o menopauză mai târzie, iar numărul copiilor poate juca un rol în decizia de a rămâne în căsnicie. Datele studiului SWAN nu arată nicio legătură între vârsta menopauzei şi statutul matrimonial în cazul femeilor heterosexuale. Din păcate, nu există date pentru femeile lesbiene.

Unii cercetători au postulat că actul sexual de natură heterosexuală întârzie menopauza. Ipoteza se rezumă la faptul că penisul are puterea de a determina schimbări hormonale care influenţează
îmbătrânirea ovarelor. Eu nu consider că datele sunt convingătoare. Ipoteza se bazează pe faptul că unele cercetări au constatat că există tendinţa spre o vârstă mai târzie a menopauzei în cazul femeilor care fac sex heterosexual cel puţin o dată pe lună. Cu toate acestea, femeile care ajung mai târziu la menopauză au mai multe şanse de a putea continua să facă sex, deoarece este mai puţin probabil să aibă relaţii sexuale dureroase din cauza
schimbărilor provocate de menopauză. Studiul care a susţinut această afirmaţie a controlat nivelurile de estrogen ca indicator al sindromului genito-urinar de menopauză (SGM), dar nivelurile de estrogen nu prezic capacitatea de a se angaja în activităţi sexuale.

în plus, nu are prea mult sens din punct de vedere evolutiv, având în vedere că rezultatele reproductive sunt în general rare în apropierea vârstei de 50 de ani (de exemplu, vedem un număr mai mare de avorturi spontane, de naşteri de fetuşi morţi şi de decese ale mamelor), astfel încât prelungirea capacităţii de reproducere cu câteva luni sau chiar cu un an la acest capăt al spectrului de reproducţie nu pare deloc avantajoasă. De fapt, pare exact pe dos, deoarece cel mai rău lucru pentru supravieţuirea copiilor mici este moartea mamei lor, iar sarcinile în preajma vârstei de 50 de ani ar creşte acest risc. De asemenea, dacă frecventa relaţiilor sexuale ar
îmbunătăţi funcţia ovariană, probabil că am vedea îmbunătăţiri legate de creşterea numărului de relaţii sexuale la vârste mai tinere, dar nu este aşa.

Intervenţiile chirurgicale şi menopauza

Histerectomia (îndepărtarea uterului), intervenţia chirurgicală ovariană (cum ar fi îndepărtarea chisturilor ovariene) şi embolizarea arterelor uterine (o procedură utilizată pentru tratarea fibroamelor, vezi capitolul 10) sunt asociate cu menopauza timpurie. Acest lucru se întâmplă probabil din cauza impactului intervenţiei chirurgicale asupra fluxului de sânge către ovare, precum şi a inflamaţiei care apare pe măsură ce ţesuturile se vindecă. Intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea unui chist ovarian are un impact suplimentar. Atunci când un chist este îndepărtat de pe ţesutul ovarian normal, se îndepărtează şi o parte din ovarul sănătos – şi foliculii pe care îi conţine.

Legarea trompelor sau îndepărtarea trompelor uterine (salpingectomie) nu afectează vârsta menopauzei, dar cea din urmă reduce riscul de cancer ovarian cu 50%, deoarece multe dintre afecţiunile oncologice de acest tip pornesc din trompele uterine.

Extirparea ovarelor (ovariectomie bilaterală) înainte de vârsta naturală a menopauzei este cunoscută sub numele de menopauză chirurgicală şi, în mod evident, aceasta are un impact asupra vârstei la care se opreşte menstruaţia. Menopauza chirurgicală este asociată cu simptome mai grave ale menopauzei, precum şi cu un risc crescut de apariţie a bolilor cardiovasculare, a osteoporozei şi a demenţei. Aceste riscuri au cote alarmante atunci când ovarele sunt îndepărtate înainte de vârsta de 45 de ani. în timp ce unele dintre aceste riscuri pot fi diminuate cu ajutorul tratamentului hormonal al menopauzei (THM), nu toate femeile doresc să ia hormoni şi nu este clar
dacă aceştia pot compensa complet riscurile. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) a recomandat încă din 2008 să nu se efectueze extirparea ovarelor la

întâmplare – adică fără niciun motiv medical – înainte de menopauză.

însă cum rămâne cu îndepărtarea ovarelor după menopauză? Cantităţile mici de hormoni produse pot fi importante, deoarece îndepărtarea ovarelor între menopauză şi vârsta de 65 de ani creşte riscul de deces – în primul rând din cauza creşterii riscului de atac de cord şi de osteoporoză. Riscul crescut nu este mare – într-un studiu, îndepărtarea chirurgicală a ovarelor între vârsta de 50 şi 54 de ani a condus la o creştere de 9% a riscului de deces înainte de vârsta de 80 de ani, dar faptul că există totuşi acest risc crescut sugerează că micile cantităţi de hormoni produse în ovare la postmenopauză joacă un anumit rol. Studiile ne spun, de asemenea, că îndepărtarea ovarelor după menopauză poate avea un impact negativ asupra funcţionării sexuale.

Pentru femeile cu cancer ovarian, cu o tumoră ovariană suspectă de cancer şi pentru cele cu mutaţii genetice care le cresc riscul de cancer ovarian, riscurile asociate menopauzei chirurgicale se justifică. Fără operaţie, majoritatea tipurilor de cancer ovarian sunt fatale. Femeile cu mutatia f BRCA1 au un risc de cancer ovarian de aproximativ 40%, iar cele cu mutaţia BRCA2, de 17%. Prin comparaţie, riscul de cancer
ovarian în populaţia generală este de 1%. Testarea pentru mutaţiile BRCA este recomandată doar femeilor care prezintă factori de risc specifici, cum ar fi femeile cu un istoric familial de cancer mamar şi ovarian sau cele cu un risc moderat care sunt evreice de rit aşkenaz sau care provin din estul Europei. înainte de a face un astfel de test, femeile ar trebui să discute cu un consultant în genetică.

Ce se întâmplă cu femeile care urmează să facă o histerectomie şi care nu au semne sau antecedente familiale de cancer ovarian? Având în vedere că acest tip de cancer este greu de diagnosticat la timp, merită să ne luăm libertăţi în ceea ce ***r***
priveşte îndepărtarea ovarelor pentru a preveni cancerul ovarian sau necesitatea unei alte intervenţii chirurgicale în viitor, ca un fel de poliţă de asigurare? îţi poţi imagina o lume în care bărbaţii care au nevoie de o ***r***
intervenţie chirurgicală la testicule din motive necanceroase ar fi sfătuiti să f
accepte să li se extirpe testiculele pentru prevenirea altor intervenţii chirurgicale ulterioare? Totul sună diferit când transpui astfel de lucruri la bărbaţi.

r

Cancerul ovarian este înfricoşător. Este o boală oribilă – operaţia şi chimioterapia sunt dure. Nu există un test eficient de depistare în fază incipientă, simptomele într-o astfel de fază sunt vagi, iar femeile care le au sunt frecvent ignorate, aşa că este adevărat că rareori depistăm boala înainte ca ea să se răspândească. Media de supravieţuire de
cinci ani este puţin sub 50%, aşa că teama de cancerul ovarían este complet explicabilă. Este important să nu lăsăm această teamă să ne distragă atenţia de la complicaţiile pe care le-am putea provoca prin îndepărtarea inutilă a ovarelor.

La fel ca majoritatea ginecologilor, am văzut multe femei murind din cauza cancerului ovarían, dar ceea ce nu văd sunt cazurile în care pacientele mele mor din cauza bolilor cardiovasculare sau a osteoporozei şi nici nu le observ declinul cognitiv – colegii mei de la cardiologie, chirurgie ortopedică şi neurologie tratează aceste cazuri. Aşadar, eu şi colegii mei ginecologi avem o teamă disproporţionată şi părtinitoare de cancérele ovariene.

Impactul vedetelor în acest caz – atât asupra medicilor, cât şi a pacienţilor – este şi el posibil. Actriţa de comedie Gilda Radner a murit în 1989, la vârsta de 42 de ani, de cancer ovarían, iar decesul ei a fost mediatizat pe scară largă şi încă se mai vorbeşte despre ea şi astăzi. Ceea ce se omite adesea este faptul că ea a avut simptome luni în şir, dar medicii nu au luat niciodată în considerare cancerul ovarían. în plus, ea prezenta un risc mai mare decât media din cauza antecedentelor sale familiale. Povestea Gildei Radner este o tragedie, dar nu se aplică unei femei cu un risc mediu de cancer ovarían.

Aproximativ 15 000 de femei mor în fiecare an în Statele Unite din cauza cancerului ovarían şi 300 000 din cauza
bolilor de inimă, astfel încât o femeie care are un risc mediu de boli cardiovasculare şi de cancer ovarian este mai predispusă la un deces din cauza bolilor de inimă decât din cauza cancerului ovarian, iar extirparea ovarelor înainte de vârsta de 51 de ani nu face decât să îi crească şi mai mult riscul.

Există un risc de aproximativ 5% ca după o histerectomie să fie nevoie de o altă intervenţie chirurgicală pentru îndepărtarea ovarelor la o dată ulterioară. în anumite situaţii, riscul de a avea nevoie de o altă intervenţie chirurgicală poate fi mai mare, de exemplu, în cazul endometriozei, o afecţiune în care un tesut similar cu mucoasa uterului
J
creşte în cavitatea pelviană, ceea ce duce la dureri şi chisturi recurente pe ovare. O femeie cu endometrioză severă care a suportat mai multe intervenţii chirurgicale anterioare şi-ar putea dori cu disperare evitarea altor operaţii în viitor, dar aceasta este o situaţie în care este necesară o f
discuţie aprofundată despre riscuri şi beneficii şi ar trebui să se ia de comun acord o decizie privind păstrarea sau extirparea ovarelor.

Este clar că americancele au primit de-a lungul timpului consiliere diferită cu privire la extirparea ovarelor în comparaţie cu femeile din alte ţări. La începutul anilor 2000, 54% dintre americancele aflate la premenopauză care suferiseră o histerectomie din motive necanceroase şi-au extirpat ovarele, faţă de 30% dintre australience şi 12% dintre nemţoaice. Acest lucru este atroce şi
J **I**
inacceptabil. Femeile din Australia şi Germania au o speranţă de viaţă mai mare decât americancele, aşa că pare evident că păstrarea ovarelor nu le împiedică să trăiască mai mult. De fapt, mai mult ca sigur că le ajută.

Dar mai rău este că în SUA cifrele menopauzei chirurgicale sunt mai mari în cazul femeilor afro-americane şi singura explicaţie este rasismul – fie că unii medici nu se obosesc să le explice femeilor despre operaţii, fie că există percepţii greşite cu privire la vârsta menopauzei la femeile afro- americane, fie că există factori socioeconomici care le determină pe femeile afro-americane să primească îngrijiri de la medici care acordă mai puţină atenţie medicinei bazate pe dovezi, fie că pur şi simplu le pasă mai puţin de viaţa persoanelor de culoare.

Există probabil mulţi factori care au contribuit la această epidemie americană de ovariectomie la momentul histerectomiei, inclusiv practici învechite, o atitudine patriarhală de tipul „doctorii ştiu cel mai bine", o abordare neserioasă, prin care se presupune că THM rezolvă totul: rasismul şi teama de litigii în ceea ce priveşte cazurile de cancer ovarian neobservate.

Se pare că în sfârşit se adoptă unele linii directoare, aşa că sperăm că vom asista la o reducere a numărului acestor intervenţii

J chirurgicale. La un moment dat, probabil că banii au jucat un anumit rol, dar obstetricienii şi ginecologii sunt plătiţi foarte
prost în comparaţie cu alte specializări chirurgicale (la urma urmei, operăm doar femei).

în Statele Unite ale Americii şi în Canada, se pare că cei mai mulţi bani pe care un chirurg îi poate câştiga din facturarea către o companie de asigurări americană sau către sistemul de sănătate provincial din Canada pentru extirparea ovarelor în momentul histerectomiei sunt 200 de dolari în plus, dar de multe ori nu există nicio diferenţă de plată între o histerectomie cu extirparea ovarelor şi una fără. Mulţi medici americani sunt salariaţi, iar pentru ei nu există niciun stimulent financiar pentru extirparea ovarelor.

Menopauza medicală

Unele femei se confruntă cu un debut brusc al menopauzei din cauza unor medicamente care reduc drastic nivelul de estrogen. Cele trei tipuri de medicamente care au acest efect sunt:

• **INHIBITORII DE AROMATAZĂ** blochează

enzima aromatază care transformă androstendionul şi testosteronul în estronă şi estradiol (vezi capitolul 3), astfel încât opresc producţia de estrogen în toate ţesuturile, nu doar în foliculi. Simptomele menopauzei pot fi severe, deoarece nu mai există producţie

locală de estradiol sau estronă în ţesuturi precum creierul şi muşchii. Femeile care iau inhibitori de aromatază pot avea dureri în tot corpul şi de oase. Inhibitorii sunt utilizaţi în principal în cazul femeilor cu cancer de sân sensibil la hormoni.

• TAMOXIFENUL este un modulator selectiv al receptorilor de estrogen (MSRE). El se leagă de receptorii de estrogen, blocându-i acestuia calea. La nivelul sânului, acest lucru împiedică estrogenul să stimuleze celulele canceroase. Cu toate acestea, în unele ţesuturi, MSRE pot acţiona ca estrogenul – de unde şi termenul „selectiv". Din acest motiv, simptomele menopauzei pot fi uneori mai puţin intense în cazul Tamoxifenului, în comparaţie cu alte medicamente, deoarece efectul de blocare a estrogenilor variază de la un tesut la altul.

J

Tamoxifenul poate acţiona la fel ca estrogenul asupra uterului, crescând astfel riscul de cancer endometrial (cancer al mucoasei uterine) şi orice sângerate anormală din timpul tratamentului cu acest medicament trebuie evaluată.

* **AGONIŞTI** GNRH sunt agoniştii hormonului de eliberare a gonadotropinei, care împiedică secreţia hormonului de stimulare

J

foliculară de către creier, oprind ovulaţia şi producţia celei mai mari părţi a estradiolului din organism. Aceste medicamente sunt utilizate de femeile cu cancer de sân sensibil la hormoni şi de cele cu fibroame – tumori benigne ale uterului – şi endometrioză – două afecţiuni ginecologice influenţate de estrogeni. Producţia de estrogen în alte ţesuturi, cum ar fi creierul şi muşchii, nu este afectată.

Când sunt luate înainte de menopauza naturală, aceste medicamente produc aceleaşi simptome ale menopauzei, precum şi creşterea riscului apariţiei afecţiunilor

II **I** **I** **I**

asociate ei, astfel încât femeile trebuie să fie vigilente în ceea ce priveşte depistarea bolilor cardiovasculare şi a osteoporozei. Practic, aceste efecte sunt reversibile dacă medicaţia este întreruptă, deci nu este o menopauză adevărată, dar pentru multe femei oprirea medicaţiei s-ar putea să nu fie posibilă din cauza riscului de reapariţie a cancerului. Atunci când sunt prescrişi după menopauză, inhibitorii de aromatază şi Tamoxifenul pot agrava uneori simptomele menopauzei. Agoniştii GnRH nu vor avea
niciun efect după menopauză, deoarece nu mai există foliculi care să poată ovula.

Atunci când agoniştii GnRH sunt proscrişi pentru fibroame sau endometrioză înainte de menopauză, se poate utiliza o cantitate mică de estrogen sub formă de THM pentru a reduce simptomele şi a atenua riscurile pentru inimă şi oase, dar această opţiune nu este posibilă în cazul femeilor care iau aceste medicamente pentru un cancer mamar sensibil la hormoni. Există terapii non-hormonale care pot fi luate în considerare şi care vor fi discutate pe parcursul cărţii. Prevenirea complicaţiilor cauzate de aceste medicamente şi

9 reducerea efectelor secundare ale menopauzei reprezintă o componentă importantă a supravieţuirii în faţa cancerului.

DE RETINUT

*

- Momentul ultimei menstruaţii (UM) depinde de o

interacţiune complexă între factorii genetici, cei de mediu şi cei sociali, care se întrepătrund într- un mod greu de disociat.

- Menopauza între 40 şi 45 de ani este asociată cu

un risc crescut de apariţie a unor afecţiuni medicale, cum ar fi bolile cardiovasculare şi osteoporoza, precum şi cu un risc crescut de deces.

- Vârsta la care una dintre surorile noastre ajunge

la menopauză este mai relevantă pentru vârsta la care vom ajunge noi la menopauză decât vârsta la care a ajuns mama.

- Fumatul reduce în medie cu doi ani vârsta la care
ajungem la menopauză.

• Extirparea chirurgicală a ovarelor înaintea vârstei de 65 de ani este asociată cu un risc mare al mortalităţii – cu cât vârsta e mai mică, cu atât riscul e mai mare.

CAPITOLUL 6

Când menstruatia şi ovulatia

> t >

se opresc înainte de 40 de ani

De ce se întâmplă acest lucru şi recomandările de îngrijire medicală

Insuficienţa ovariană primară sau IOP este termenul folosit atunci când menstruatia încetează înainte de vârsta de 40 de ani. La un moment dat, într-un trecut nu foarte îndepărtat, această afecţiune se numea deficienţă ovariană prematură sau menopauză prematură, dar denumirea a fost schimbată din mai multe motive. Menopauza nu este un termen adecvat, deoarece este permanentă, pe când aproape jumătate dintre femeile cu IOP se pot aştepta la o oarecare revenire a funcţiei ovariene (ceea ce înseamnă că pot ovula din nou, deşi sporadic, şi pot avea cicluri menstruale ocazionale). în cazul menopauzei, sarcina este imposibilă, dar nu şi în cazul IOP – unele studii indică sarcini în

proporţie de 5 până la 10%. Iar cuvântul „deficienţă" este peiorativ.

Să dedic un capitol unei afecţiuni care afectează 1% dintre femei poate părea o decizie ciudată, dar din păcate şi în mod impardonabil, multe femei cu IOP nu beneficiază de îngrijirea medicală adecvată – doar aproximativ jumătate dintre ele primesc tratamentul hormonal recomandat. Unora li se spulberă îngrijorările legate de absenţa menstruaţie! sau de bufeuri, spunându-li-se în mod eronat că nu este posibil să fie la menopauză la o vârstă atât de fragedă. Alte femei primesc diagnosticul corect, dar dacă nu sunt interesate de reproducerea asistată (tratamentul pentru îmbunătăţirea fertilităţii), nu li se oferă tratamentul adecvat pentru IOP. Accentul pus pe fertilitate, în timp ce se ignoră riscul crescut de deces asociat cu IOP, este o consecinţă a faptului că medicii şi societatea privesc sănătatea femeilor în termeni de funcţie reproductivă, nu de funcţie ovariană. Unora dintre femei li se

J

oferă tratament, dar ele îl refuză deoarece importanţa estrogenului nu este niciodată subliniată – am văzut personal această situaţie de mai multe ori la paciente care miau fost trimise din alte motive. Odată ce le explic ce oferă tratamentul hormonal al menopauzei, acestea sunt foarte interesate de el.

IOP are importanţă şi dincolo de fertilitate, deoarece măreşte riscul de deces al femeii din cauza creşterii frecventei bolilor

9 *9*

cardiovasculare (în principal atac de cord şi accident vascular cerebral) şi a osteoporozei. De asemenea, este asociată cu un declin al funcţiei cognitive, iar femeile diagnosticate cu IOP sunt mai predispuse să sufere de anxietate şi depresie şi să se lupte cu tulburări ale stimei de sine. Pot apărea simptome supărătoare, precum bufeurile, transpiraţiile nocturne, insomnia şi uscăciunea vaginală, dar nu cu aceeaşi frecvenţă ca în cazul tranziţiei spre menopauză. IOP este, de asemenea, o cauză a infertilităţii, pe care multe femei o consideră devastatoare.

Oricare ar fi motivul, femeile cu IOP trebuie, din păcate, să îşi susţină cu tărie cauza, aşa că, dacă acest capitol ajută chiar şi o singură femeie, efortul a meritat.

Extirparea chirurgicală a ambelor ovare înainte de vârsta de 40 de ani este adesea inclusă în categoria IOP, chiar dacă este clar că nu este reversibilă.

Deşi tratamentele recomandate sunt

9

aceleaşi pentru IOP, există câteva distincţii importante – nu este necesară nicio testare, deoarece nu există o dilemă legată de diagnostic sau necesitatea de a stabili de ce au avut loc schimbările hormonale.

Ce cauzează IOP?

în aproximativ 90% dintre cazuri nu se identifică o cauză clară pentru IOP, ceea ce este frustrant. Este important ca femeile să ştie acest lucru atunci când încep testele, astfel încât să fie pregătite pentru posibilitatea de a nu găsi un răspuns precis, în această situaţie, se spune că diagnosticul de IOP este idiopatic (jargon medical pentru „necunoscut"). Afecţiunile medicale sau factorii care cresc riscul de IOP includ:

* FACTORII GENETICI. La aproximativ 10% dintre femeile cu IOP se identifică o cauză genetică, cel mai frecvent o anomalie care implică cromozomul X. Pentru unele femei, diag-nosticul este dat de o singură genă – gena FMR1 (retard mental fragil X 1) – pe cromozomul X. Femeile cu anomalii la nivelul genei FMR1 au şi un risc crescut de ataxie, afecţiune neurologică (o problemă de echilibru), iar membrii de sex masculin ai familiei care au în comun această genă pot avea sindromul X fragil, o afecţiune care implică dizabilitate mintală şi autism.
* BOLILE AUTOIMUNE. Acesta este un grup de afecţiuni diverse, în care sistemul imunitar atacă celulele propriului organism. Există mai mult de 80 şi acestea includ

9

hipotiroidismul, diabetul de tip 1, artrita reumatoidă şi lupusul eritematos sistemic. IOP ar putea fi o boală autoimună unică şi, astfel, motivul pentru care este asociată cu alte boli autoimune este că dacă ai una dintre ele creste riscul de a avea şi alta. Sau

9 *9*

este posibil ca IOP să fie o consecinţă a unei alte boli J autoimune ori un semn timpuriu al unei tulburări rare şi potenţial fatale a glandei suprarenale, numită insuficienţă suprarenală autoimună.

* TRATAREA CANCERULUI. Anumite tipuri de radiaţii şi de chimioterapie sunt toxice pentru foliculii primordiali din ovar. Atunci când se întâmplă acest lucru, de obicei nu este o surpriză – din fericire, majoritatea femeilor sunt informate în prealabil despre acest risc. Dar chiar şi aşa, multor femei nu li se oferă tratamentul adecvat. Pentru unele femei, ar putea exista modalităţi de protejare a funcţiei ovariene.
* **INTERVENŢIILE CHIRURGICALE.** Histerectomia, operaţiile pe ovare şi o procedură numită embolizarea fibroamelor uterine (un tratament împotriva fibroamelor) sunt asociate cu IOP.
* **SINDROMUL OVARELOR POLICHISTICE** (SOP) este o afecţiune cu tulburări de ovulatie. Cele mai multe studii leagă SOP de o vârstă mai târzie a menopauzei; totuşi, un studiu de mare amploare indică faptul că riscul de apariţie a IOP poate fi de 3 până la 4%. Sunt necesare mai multe studii în acest sens.
• INFECŢIILE. Până la 13% dintre femeile infectate cu HIV vor suferi de IOP. Motivele exacte nu se cunosc. Poate fi vorba de infecţia J în sine, de medicamente, de alte afecţiuni medicale asociate cu

J

HIV, de un risc crescut de factori sociali determinanţi pentru sănătate legaţi de vârsta precoce a menopauzei sau de numărul mai mare de histerectomii şi de alte

I

intervenţii chirurgicale ginecologice. Oreionul, o infecţie pe care o fac copiii, poate provoca IOP din cauza inflamaţiei ovarului, dar acest lucru se întâmplă rar.

Vaccinarea împotriva papilomavirusului uman (HPV) *nu* cauzează IOP.

Când şi cum să faci testul pentru depistarea IOP

IOP trebuie suspectată atunci când o femeie mai tânără de 40 de ani nu a avut trei sau

patru menstruaţii la rând, mai ales dacă are alte simptome precum bufeurile sau uscăciunea vaginală ori dacă are factori de risc pentru această afecţiune. în cazul femeilor care nu mai au menstruaţie, fie din cauza unei histerectomii, fie a unei ablaţii endometriale (o procedură prin care se
îndepărtează mucoasa uterină şi care este utilizată pentru tratarea menstruaţiilor abundente), se suspectează IOP când există simptome asociate în mod obişnuit cu tranziţia spre menopauză.

Multe femei pot avea trei sau patru menstruaţii absente din cauza altor afecţiuni
I **J**
medicale diferite de IOP, astfel încât evaluarea iniţială înseamnă testarea de
J
depistare a IOP şi căutarea altor explicaţii pentru lipsa menstruaţiei, cum ar fi anomaliile tiroidiene, pierderea în greutate, sindromul ovarelor polichistice (SOP) şl sarcina. în plus, este important de reţinut că simptomele similare cu IOP şi tranziţia spre menopauză pot fi cauzate şi de alţi factori. De exemplu, medicamentele antidepresive pot provoca transpiraţie excesivă, iar o infecţie vaginală micotică poate cauza uscăciune.

Testul iniţial de depistare a IOP constă în verificarea nivelului hormonului de stimulare foliculară (HSF) din sânge (hormonul care stimulează foliculii, vezi capitolul 3) şi al nivelului hormonului luteinizant (HL este, de asemenea, implicat în ovulaţie), al prolactinei (un hormon produs de glanda pituitară), al estradiolului şi HST (hormonul de stimulare tiroidiană), precum şi un test de sarcină pentru orice femeie potenţial gravidă. IOP trebuie luată în considerare dacă nivelul FSH este ridicat, de obicei >25 Ul/ml. Toate celelalte cauze ale lipsei menstruatiei vor avea un nivel mai scăzut de FSH. Nivelul de estradiol va fi scăzut în cazul
IOP (<25 pg/mL, dar poate fi scăzut şi în alte cauze care provoacă absenţa menstruaţie! care nu sunt legate de IOP, astfel încât, de unul singur, nu reprezintă un diagnostic de IOP). Un nivel FSH ridicat combinat cu un nivel scăzut de estradiol este îngrijorător pentru IOP.

Dacă nivelul FSH este ridicat, testul trebuie repetat nu mai devreme de patru săptămâni. Dacă nivelul FSH este >25 Ul/ml la al doilea test, diagnosticul de IOP este confirmat. în acest caz sunt indicate mai multe teste:

* **TESTAREA PENTRU DIABET,** având în vedere asocierea IOP cu afecţiunile autoimune.

J

* TESTAREA Hiv. IOP este mai frecventă în rândul femeilor infectate cu HIV.
* ANTICORPII SUPRARENALI. Un test de sânge care depistează insuficienţa adrenală autoimună, asociată cu IOP.
* **NIVELURILE DE CALCIU SI FOSFOR.** Test de sânge care depistează hipoparatiroidismul, o afecţiune asociată cu IOP.
* ECOGRAFÍA OVARELOR pentru a identifica orice chist ovarían. în unele cazuri de IOP, ovarele pot fi mărite şi pot prezenta chisturi, dar există şi riscul ca ele să se răsucească, afectând fluxul sanguin şi conducând la complicaţii potenţial grave (acest lucru se numeşte torsiune

I

ovariană).

STABILIREA DENSITĂŢII MINERALE OSOASE. O investigaţie imagistică pentru diagnosticarea osteoporozei, deoarece femeile cu IOP prezintă un risc mai mare pentru această afecţiune (vezi capitolul 11). Este recomandată o osteodensitometrie iniţială, iar apoi repetarea investigaţiei la fiecare cinci ani.

TESTAREA PENTRU BOLI GENETICE ASOCIATE **cu** IOP. Este cea mai importantă pentru femeile care speră să rămână însărcinate, iar cele care pur şi simplu doresc să afle mai multe despre motivul pentru care au IOP pot considera util acest test. Un consilier genetician este de nepreţuit în acest caz, deoarece decizia privind cele mai bune teste şi interpretarea rezultatelor poate fi complexă. Testele genetice de bază includ un cariotip (analizează numărul şi structura tuturor cromozomilor) şi testarea genei FMR1.

Tratamentul IOP

Riscul apariţiei bolilor cardiovasculare creşte odată cu durata în care o femeie are IOP, iar studiile au arătat că estrogenul poate atenua aproape complet acest risc şi, de asemenea, contribuie la prevenirea osteoporozei. Există două modalităţi prin care femeile cu IOP îşi pot înlocui estrogenul – cu ajutorul tratamentului hormonal standard pentru menopauză sau THM (vezi capitolul 18) sau al anticoncepţionalelor care conţin estrogen (vezi capitolul 23).

Metodele contraceptive care conţin estrogeni includ anticoncepţionalele, plasturele şi inelul. Principalul motiv pentru a utiliza una dintre aceste metode este nevoia de contracepţie şi costul anticoncepţionalele generice pot fi mai puţin costisitoare decât unele THM. Unele femei mai tinere cu IOP pot prefera un anticoncepţional oral care conţine estrogen, deoarece pot fi deranjate de asocierea THM cu menopauza. Metodele contraceptive care conţin estrogeni au trei săptămâni de medicaţie activă şi o săptămână de placebo. Recomandarea pentru femeile cu IOP este să sară peste săptămâna cu placebo şi să ia medicamentul activ în mod continuu, deoarece unele dintre ele pot avea bufeuri în timpul unei săptămâni fără hormoni, pentru că nivelurile scad rapid. în plus, utilizarea estrogenului doar trei săptămâni din patru înseamnă că în 25% din timp nu există suficient estrogen pentru a proteja inima şi oasele, astfel că administrarea continuă a medicamentelor rezolvă această problemă. Femeile cu risc ridicat de formare a cheagurilor de sânge nu ar trebui să folosească aceste anticoncepţionale, iar THM tradiţional poate fi cea mai bună opţiune pentru ele.

în cazul în care o femeie alege THM, este indicată de obicei o doză mai mare decât cea recomandată în mod normal pentru menopauză, pentru a se apropia de producţia medie de estrogeni a ovarelor la 30 de ani şi la începutul vârstei de 40 de ani. Femeile cu uter vor trebui să ia progestogen (un medicament cu progesteron sau un medicament asemănător cu progesteronul; vezi capitolul 17), deoarece estrogenul administrat de unul singur poate cauza cancer endometrial (cancerul mucoasei uterine). Ele nu trebuie să se bazeze pe THM pentru contracepţie. O opţiune pentru femeile care doresc să utilizeze THM, dar care pot rămâne gravide, este dispozitivul intrauterin (DIU; vezi capitolul 23) care va proteja uterul, asigurând în acelaşi timp şi contracepţia.

Recomandarea actuală este de a lua estrogeni până la vârsta de 50-52 de ani, vârsta medie a menopauzei naturale. Dacă THM ar trebui să fie continuat după aceea depinde de

simptome şi de factorii de risc pentru afecţiunile medicale asociate menopauzei.

Femeile cu risc ridicat de cancer mamar vor avea nevoie de un consult personal despre opţiunile pe care le au. Femeile cu IOP care speră să rămână însărcinate trebuie să fie îndrumate către un specialist în infertilitate.

DE RETINUT

*

- Insuficienţa ovariană primară sau IOP este o

afecţiune în care ovulaţia se opreşte înainte de vârsta de 40 de ani şi afectează 1% dintre f femei.

- Unele femei cu IOP pot ovula în continuare

sporadic şi un mic procent vor rămâne însărcinate.

- IOP poate fi de natură genetică, legată de boli

autoimune sau de alte afecţiuni medicale, cauzată de un tratament anterior împotriva cancerului sau de o intervenţie chirurgicală la uter sau ovare, dar adesea nu se identifică nicio cauză.

- IOP este diagnosticată printr-un nivel ridicat al

hormonului FSH măsurat la diferenţă de cel puţin patru săptămâni.

- Femeilor cu IOP trebuie să li se administreze un

tratament cu estrogeni cel puţin până la vârsta medie a menopauzei pentru a reduce riscul apariţiei bolilor cardiovasculare şi a osteoporozei.

PARTEA A DOUA

înţelegerea schimbării

La ce să te aştepţi când urmează menopauza

CAPITOLUL 7

Metamorfozele menopauzei

Modificări ale forţei, taliei şi formei

Multe femei îşi încep tranziţia spre menopauză cu un corp şi ajung la capătul cursei cu unul care pare foarte diferit. Această metamorfoză are loc deoarece forţa, talia şi forma sunt afectate atât de menopauză, cât şi de înaintarea în vârstă. Există deja multe experienţe fizice nedorite la menopauză, cum ar fi sângerările aleatorii şi bufeurile, aşa că, pe lângă toate acestea, o schimbare fizică te poate face să te simţi copleşită sau dezorientată. Uneori, organismul tău poate părea o maşină cu o lumină de avertizare nouă şi complet diferită care se aprinde în fiecare zi. Un exerciţiu nedorit de tipul „Of, şi acum ce mai e?".

Discuţiile despre corpul femeilor sunt dificile. Până în momentul în care se află în tranziţia spre menopauză, femeia a asimilat probabil toată viaţa o mulţime de mesaje toxice despre talia şi forma pe care le are. Ba că este prea grasă, ba prea slabă, ba prea mare, ba prea mică. Uneori, pare că a fi femeie înseamnă să-ti ceri scuze în

J

permanenţă pentru corpul tău. Pe măsură ce corpul femeilor se schimbă atât odată cu vârsta, cât şi cu menopauza, acesta se poate îndepărta şi mai mult de idealul imposibil stabilit pentru ele de către o societate patriarhală. Puţinele femei care îşi arată corpul la 40 de ani şi (of!) după această vârstă sunt lăudate ca sfidând vârsta dacă sunt slabe şi arată mult mai

tinere şi sunt etichetate ca fiind curajoase dacă au îmbătrânit vizibil sau au un colăcel, dar sunt încă dispuse să se expună în public. Cele mai multe femei aflate la menopauză nu primesc nici măcar şansa unei probe de calificare la „Campionatul Mondial de *Scuze, nu sunt suficient de sexy".*

Mă fascinează faptul că nu avem o părere proastă despre noi înşine pentru că nu putem juca fotbal ca Megan Rapinoe sau pentru că nu suntem la fel de elastice ca gimnasta Simone Biles, care sfidează gravitaţia. Bănuiesc că multe femei sunt ca mine şi se minunează de ceea ce au realizat

9

ele cu multă muncă şi, probabil, cu ajutorul genelor. Şi totuşi, dacă trupul nostru nu arată ca al lui Jennifer Lopez la 50 de ani – care, de asemenea, arată atât de bine datorită eforturilor intense şi geneticii ne simţim judecate de societate.

Multe suntem aspre cu noi însene din cauza culturii toxice actuale în privinţa corpului şi a frumuseţii. Este demn de remarcat faptul că multe dintre idealurile noastre de frumuseţe au la bază arta ***r***

occidentală şi, fie că a fost vorba de o sculptură din Grecia antică, fie de o pictură din Renaştere, corpul femeii a fost aproape întotdeauna reprezentat de artişti bărbaţi pentru un public masculin. Forma şi dimensiunea corpului „ideal" al femeii au fost de-a lungul timpului la cheremul convingerilor sociale şi al moravurilor sexuale. Au existat multe perioade recurente în care idealul de frumuseţe feminină era un ***r***

trup mai voluptuos sau unul mai suplu. Obsesia modernă pentru supleţe şi conspiratoarea ei, batjocorirea corpolenţei, persistă de la începutul secolului al XIX-lea, când o combinaţie de convingeri victoriene şi idealuri religioase a legat ceea ce se considerau a fi excese ale trupului de hedonism şi inadecvare sexuală. Rasismul este şi un factor semnificativ, deoarece cercetătorii rasisti au avansat minciuna conform căreia persoanele de culoare sunt predispuse la excese alimentare şi sexuale. Oricui este interesat să afle mai multe despre rolul rasismului şi al religiei în fobia faţă de corpolenţă îi recomand cartea *Fearing the Black Body: The Raclai Origins of Fat Phobia* a dr. Sabrina Strings.

Multor femei nu li s-au recunoscut problemele de sănătate pentru că erau supraponderale. Acest lucru nu numai că este o cruzime, dar conduce şi la o îngrijire medicală de calitate inferioară şi inadecvată şi la o lipsă de încredere în sistemul de sănătate, ceea ce le îndepărtează pe femei de serviciile medicale.

Aici nu există judecăţi de valoare – orice corp este valoros şi frumos. Scopul este de a oferi informaţii pentru înţelegerea modului în care un corp se poate schimba în timpul menopauzei şi după, a implicaţiilor asupra sănătăţii şi a modalităţilor de atenuare a acestor schimbări.

Forţa

I

Una dintre schimbările fizice care marchează îmbătrânirea este pierderea de masă musculară, care apare cu o rată de aproximativ 0,7% pe an începând cu vârsta de 30 sau 40 de ani (poate varia de la persoană la persoană). Acest lucru se accelerează în timpul tranziţiei spre menopauză, apoi se stabilizează din nou la pierderea legată de vârstă, după menopauză. Există unele date care sugerează că estrogenul din tratamentul hormonal al

menopauzei (THM) poate contribui la încetinirea pierderii de masă musculară asociată cu menopauza, dar acest lucru nu a fost dovedit şi nu este în prezent un motiv pentru a începe THM.

Această pierdere progresivă de masă musculară este responsabilă de ceea ce multi numesc încetinirea metabolismului f
odată cu vârsta. Muşchii sunt printre cei mai importanţi consumatori de energie, astfel încât raportul dintre caloriile consumate şi cele arse se dezechilibrează atunci când masa musculară scade dacă se consumă aceeaşi cantitate de calorii. Pierderea de masă musculară este, de asemenea, asociată cu rezistenţa la insulină, o afecţiune în care organismul nu reacţionează în mod corespunzător la acest hormon. Acest lucru face ca organismul să producă mai multă insulină pentru a compensa, sporind apetitul şi conducând la creşterea în greutate. Combinaţia dintre rezistenta la insulină şi creşterea în greutate
ca urmare a pierderii de masă musculară este unul dintre motivele pentru care menopauza creşte riscul de diabet de tip 2.

Muşchii ne dau forţă şi sunt responsabili de capacitatea de mişcare. Ei contribuie la menţinerea echilibrului şi întăresc oasele –

astfel, o altă consecinţă a pierderii de masă musculară este creşterea riscului de căderi şi de a face osteoporoză, sporind posibilitatea fracturilor şi a altor leziuni. Când se pierde suficient de multă masă musculară încât să existe preocupări legate de sănătate, cum ar fi limitarea mişcărilor, diagnosticul este sarcopenie. Femeile fac sarcopenie mai devreme decât bărbaţii şi adesea suferă mai mult, deoarece ele pornesc, în general, de la o masă musculară
mai mică, pierd în mod accelerat ţesut muscular în timpul tranziţiei spre menopauză şi trăiesc mai mult decât bărbaţii, astfel încât au mai mulţi ani în care pot pierde din masa musculară.

Cel mai bun mod de a încetini declinul masei musculare şi chiar de a inversa o parte din pierdere este prin activitate fizică. Exerciţiul fizic este unul dintre principalii factori care declanşează refacerea sau înlocuirea celulelor musculare. Nu poate preveni pierderea de masă musculară legată de vârstă – chiar şi sportivii de elită pierd din ea cu timpul –, dar exerciţiile fizice au rol de protecţie. Cei care au mai multă masă musculară la 30 de ani pornesc de la un nivel mai ridicat, iar cei care continuă să facă exerciţii fizice prezintă un declin mai lent.

Activitatea fizică nu se limitează doar la conservarea masei musculare, ci este legată de o multitudine de alte rezultate pozitive pentru sănătate, cum ar fi şanse mai mici de a face boli cardiovasculare şi accidente vasculare cerebrale, diabet de tip 2, îmbunătăţirea controlului glicemiei la persoanele cu diabet, diminuarea riscului multor tipuri de cancer şi al demenţei, şi are numeroase beneficii pentru sistemul imunitar. Este greu să găsim o parte a corpului care să nu beneficieze de pe urma exercitiilor fizice. Dacă exerciţiul fizic ar fi un f
medicament, fiecare medic l-ar prescrie şi aproape fiecare pacient şi l-ar dori. După renunţarea la fumat, exerciţiul fizic este cea mai bună decizie pentru sănătate.

Gândeşte-te din nou la ipoteza bunicii discutată în capitolul 4. De-a lungul timpului, bunicile au fost de ajutor, deoarece erau active din punct de vedere fizic, culegând hrană şi contribuind la îngrijirea nepoţilor. Un studiu asupra femeilor hadza aflate în postmenopauză a arătat că acestea petreceau aproape 37 de ore pe săptămână căutând hrană (exerciţii fizice moderate, conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii sau OMS), astfel încât să fie active fizic nu numai că le permitea să fie de ajutor în familie, ci le ajuta şi să rămână sănătoase pentru a putea continua să facă acest lucru. Gândeşte-te la imaginile pe care societatea le prezintă adesea despre femei pe măsură ce îmbătrânesc: fragile, delicate, stând pe margine şi aplaudând. Cu toate acestea, omenirea a depins mult timp de bunicile active şi în formă din punct de vedere fizic.

Vestea bună în ceea ce priveşte exerciţiile fizice este că niciodată nu e prea târziu pentru a culege roadele. într-un studiu, un grup de adulţi cu vârste cuprinse între 65 şi 80 de ani erau cu 59% mai firavi decât tinerii cu vârste cuprinse între 20 şi 30 de ani din grupul de control, ceea ce îţi dă o idee despre semnificaţia diferenţei de forţă legată de vârstă. După şase luni de antrenament de forţă, vârstnicii au reuşit să reducă semnificativ decalajul şi erau cu doar 38% mai firavi decât adultii mai tineri. Chiar f
şi exerciţiile fizice la persoanele în vârstă de
80 şi 90 de ani pot contribui la dezvoltarea masei musculare şi a forţei, îmbunătăţind în acelaşi timp echilibrul şi mobilitatea şi reducând riscul de căzături.

Obiectivele exerciţiilor fizice pentru menţinerea sănătăţii includ:

* EXERCIŢII AEROBICE. îti cresc ritmul
cardiac. Pentru o stare bună de sănătate este nevoie de minimum 150 de minute de activitate moderată sau de 75 de minute de activitate intensă pe săptămână. Activitatea moderată înseamnă că poţi vorbi, dar nu poţi cânta în timp ce faci exerciţii. în cazul unei activităţi intense, să şi vorbeşti e deja dificil. Acestea sunt limitele inferioare a ceea ce este necesar. Să încerci să ajungi la 300 de minute de exerciţii moderate sau
la 150 de minute de exerciţii intense pe săptămână este un obiectiv bun. în general, doar 40% dintre americani ajung la acest obiectiv, iar acest procent este mult mai mic în cazul femeilor aflate la menopauză. Doar 7% dintre participantele la studiul SWAN privind sănătatea femeilor din Statele Unite au îndeplinit, de-a lungul a zece ani, aceste cerinţe minime de activitate fizică.

* **EXERCIŢII DE FORTIFICARE A MUŞCHILOR.**

Gândeste-te la ridicarea
greutăţilor, la aparatele de la sala de sport sau la benzile de rezistenţă. Scopul este de a antrena toate grupele musculare majore în două sau mai multe zile pe săptămână. Exerciţiile neobişnuite, adică lucrarea muşchiului pe măsură ce se extinde sau se lungeşte – cum ar fi contracţia bicepsului pe măsură ce greutatea coboară – sunt deosebit de stimulative pentru refacerea şi reînnoirea muşchilor. Detalierea antrenamentului de rezistenţă excede scopului acestei cărţi, dar un medic specialist în medicină sportivă, un fizioterapeut sau un antrenor îţi poate face recomandări. American College of Sports Medicine are resurse bune online. Ca recomandări generale pe care le poţi lua în calcul, fă în

fiecare sesiune 8 până la 10 exerciţii care lucrează principalele grupe muscu-lare, 2 până la 3 seturi de 8, repetate maximum de 12 ori (ultima repetiţie ar trebui să fie dificil de realizat), iar cu timpul greutăţile folosite ar trebui să fie mai mari.

ANTRENAREA ECHILIBRULUI. Pentru femeile cu vârsta de 65 de ani şi mai mult, programele de exerciţii fizice cu accent pe echilibru pot

ajuta la prevenirea căzăturilor. în timp ce majoritatea exerciţiilor fizice îmbunătăţesc echilibrul, o atenţie specială care îi este acordată poate oferi un beneficiu suplimentar pe măsură ce femeile îmbătrânesc. Un program bazat pe dovezi este Tai Ji Quan: Moving for Better Balance (TJQMBB), conceput special pentru adulţii vârstnici cu risc de căzături şi pentru persoanele cu tulburări de echilibru. Center for Aging and Health al University of North Carolina are, de asemenea, videoclipuri excelente pentru antrenarea echilibrului şi al forţei, care pot fi accesate la adresa med.unc.edu/aging/cgwep/exercise-program/videos/balance- exercises. Şi un kinetoterapeut poate fi în măsură să facă recomandări specifice cu privire la programele de antrenare a echilibrului.

Este greu să te motivezi să faci mişcare. Dacă ar fi fost uşor, toată lumea ar face-o. Eu mă străduiesc să fac aproximativ 150 de minute de exerciţii fizice pe săptămână, o combinaţie de alergare, ciclism şi antrenament cu greutăţi, dar încerc să măresc această durată pe baza studiilor pe care le-am citit pentru acest capitol şi nu este uşor. în primii ani ai tranziţiei spre

menopauză făceam aproximativ 250 de minute de exerciţii fizice pe săptămână şi eram mai puternică decât oricând. Apoi, din cauza evenimentelor din viata mea – o

J

accidentare la braţ, stresul reprezentat de copiii aflaţi la gimnaziu, tot mai multe călătorii şi scrierea cărţii *Biblia vaginului* m-am trezit cumva făcând tot mai puţine exerciţii fizice până când, practic, nu am mai făcut deloc. *Mă voi apuca din nou de exerciţii într-o bună zi,* îmi spuneam.

Au trecut rapid câţiva ani şi ambii mei părinţi au murit la puţin timp unul după altul, în mare parte din cauza sarcopeniei. Apoi, într-o zi, stăteam pe toaletă şi nu m-am putut ridica fără să mă ţin de perete. Cu trei ani înainte alergasem la semimaraton.

Aşa că m-am apucat din nou de sport. Am fost şocată de diferenţa pe care au adus-o doar câţiva ani şi de faptul că eram terminată după primele alergări. Dar am făcut ceea ce le spun şi pacienţilor mei – începe cu un volum ridicol de mic de exerciţii fizice, dar fă-le o dată la două zile. De fiecare dată când încercam să mă conving să nu fac exerciţii fizice, pentru că întotdeauna există motive, îmi aminteam că ele sunt ca nişte bani pe care îi încasezi gratuit. Chiar şi puţini sunt buni. Această atitudine mă ajută şi astăzi când antrenamentul meu nu este asa cum speram. Aş prefera oare un cadou de 1 000 de dolari în locul unuia de 100 de dolari? Da. Dar oare as refuza unul de 100 de dolari? Nu. După şase luni de activitate care mi s-a

părut a fi o muncă anevoioasă, alerg cinci kilometri (încet) şi am reluat ciclismul. în plus, partenerul meu este un ciclist pasionat, iar ideea unor vacanţe cu bicicleta împreună este foarte atrăgătoare. Aş putea să mă concentrez asupra faptului că în urmă cu zece ani traiectoria revenirii la exerciţii fizice ar fi fost mai rapidă, dar mă bucur că sunt perseverentă.

Dacă eşti la început, atunci orice exerciţiu pe care poţi şi vrei să îl faci (şi pe care probabil vei continua să îl faci) este cel potrivit Dacă suferi de boli de inimă, de boli vasculare periferice sau de osteoporoză, consultă-ti medicul de familie înainte de a

J

începe orice nou program de exerciţii fizice. Persoanele cu limitări ale mobilităţii sau cele J îngrijorate că s-ar putea răni pot lua în considerare exerciţii care se concentrează

J

mai mult pe mişcări blânde şi echilibru, cum ar fi Tai Chi sau Tai Ji Quan (discutate anterior). Tai Chi se poate face chiar şi de pe scaun.

Este important să începi cu un ritm uşor cu orice nou program de exerciţii fizice. Mulţi dintre noi au tendinţa de a exagera la început şi vrei să eviţi să te accidentezi dacă te antrenezi numai în weekend sau să îti

J accentuezi o durere musculară care îţi poate limita activităţile câteva zile, ceea ce face lucrurile dificile din punct de vedere psihologic şi ne determină adesea să renunţăm.

J

Din punct de vedere al sănătăţii, este important şi cât de activă fizic este o femeie în timpul zilei în afara oricărui program de exerciţii. Opt sau mai multe ore de sedentarism (de exemplu, să te uiţi la televizor, să stai la un birou sau la calculator ori cu telefonul în faţă, să te deplasezi cu maşina sau cu mijloacele de transport în comun sau să citeşti) cresc riscul de deces prematur. în Statele Unite, 25% dintre adulţi sunt sedentari mai mult de opt ore pe zi. Statul în şezut nu este, totuşi, la fel de grav ca fumatul. Riscul de deces asociat fumatului a 20 până la 39 de ţigări pe zi este de patru ori mai mare decât cel asociat unui stil de viată sedentar.

f

în Statele Unite, mulţi dintre noi nu au de ales şi trebuie să stea jos perioade îndelungate – nu mi-a scăpat din vedere ironia faptului că am stat ore în şir pe scaun cercetând efectele negative ale şederii asupra sănătăţii şi scriind despre asta. Exerciţiile fizice nu inversează efectele

J

negative asupra sănătăţii ale statului prelungit în şezut, aşa că, atunci când este posibil, gândeşte-te ce poţi face pentru a limita sedentarismul. De exemplu, ai putea sta în picioare în mijloacele de transport în comun, şi nu jos, sau, dacă poţi, lucrează de la un birou în picioare şi limitează şederea în afara orelor de lucru, când este posibil, încerc să evit videoconferintele care au

J

devenit atât de populare – şi în mare parte necesare – odată cu COVID şi să le
I înlocuiesc cu discuţii telefonice, astfel încât să stau în picioare şi să mă plimb prin casă.

Creşterea în greutate şi menopauza

Multe femei sunt deranjate de creşterea în greutate din timpul tranziţiei spre menopauză şi/sau constată că, după menopauză, pierderea kilogramelor în plus este mai dificilă decât era înainte. Mai multe studii au abordat problema creşterii în greutate la menopauză, aşa că acesta este un caz în care cercetătorii ascultă ceea ce relatează femeile şi apoi investighează. Creşterea medie în greutate legată de vârstă este de aproximativ 0,3 kg pe an şi este cauzată în primul rând de pierderea de masă musculară care, la rândul ei, reduce

numărul de calorii arse şi creste nivelul insulinei. Având în vedere durata tranziţiei spre menopauză, nu este neobişnuit ca femeile să se îngraşe cu 1,5-3 kg, ca urmare a avansării în vârstă. Cea mai mare parte din greutatea acumulată înseamnă grăsime, iar procentul de grăsime corporală creşte şi el odată cu vârsta. Menopauza intervine în acest caz – mai multe despre asta în continuare.

Creşterea în greutate este complexă. Ea este legată nu doar de mai multe calorii/energie care sunt consumate decât se ard şi de masa musculară, ci şi de alţi factori, cum ar fi genetica, afecţiunile medicale, somnul insuficient, stresul, depresia, precum şi de mulţi factori sociali care influenţează starea de sănătate. Şi
J I
medicamentele pot cauza îngrăşarea. într-un
studiu care a urmărit trei ani mai multe femei, cercetătorii au descoperit că acelea care luau cel puţin un medicament care favorizează creşterea în greutate s-au îngrăşat cu mai multe kilograme decât cele care nu luau niciunul dintre aceste medicamente. Deşi cantitatea efectivă era mică, pe parcursul mai multor ani, acest lucru avea efect cumulativ. Medicamentele identificate ca favorizând creşterea în
I
greutate includ antidepresivele, beta- blocantele, insulina şi steroizii. Nu se poate da vina în mod direct pe medicamente pe baza acestui studiu, deoarece la momentul efectuării lui nu se cunoşteau toate
I
informaţiile contextuale privind afecţiunile medicale şi activitatea fizică a subiecţilor. în plus, există interacţiuni complexe între factorii sociali determinant! ai sănătăţii şi
J J J
afecţiunile pentru care sunt prescrise aceste medicamente, cum ar fi hipertensiunea arterială sau diabetul. Dar dacă o femeie se confruntă cu o creştere în greutate neaşteptată, analiza medicamentelor şi găsirea unor alternative care pot fi neutre din punct de vedere al greutăţii trebuie luate în considerare când acest lucru este posibil.

Există multe lucruri legate de îngrăşare pe care nu le înţelegem. De exemplu, cercetătorii au comparat jurnalele alimentare şi cele de exerciţii fizice ale americanilor din 1988 până în 2006 şi au constatat că, deşi aveau acelaşi aport caloric (şi cu aceeaşi proporţie generală de calorii între proteine şi grăsimi) şi făceau
aceleaşi exerciţii fizice, cei din 2006 erau cu aproximativ 10% mai grei decât ar fi fost în 1988. Modul în care ne trăim viaţa în prezent contribuie la creşterea în greutate. Unele potenţiale cauze sunt expunerea la unele substanţe chimice care perturbă sistemul endocrin, modificările microbiomului intestinal, tulburări de somn, un stil de viaţă tot mai sedentar şi depresia. Dacă scoatem din calcul schimbările legate de vârstă sau de menopauză, creşterea în greutate în timp este comună – cel puţin în Statele Unite.

Obezitatea, grăsimea abdominală şi menopauza

Obezitatea ne expune la un risc mai mare de a suferi de mai multe afecţiuni asociate J menopauzei, cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul şi demenţa. Obezitatea creşte, de asemenea, riscul apariţiei cancerului endometrial şi a cancerului de sân după menopauză. Acest lucru nu înseamnă că toate femeile care suferă de obezitate se vor confrunta cu aceste probleme. Ca aproape totul în medicină, este vorba despre un risc crescut. Conştientizarea acestor riscuri îi permite femeii să ceară un test de depistare precoce şi un tratament corect. Scăderea în
I
greutate – chiar şi una mică – poate ajuta şi la reducerea sau chiar la eliminarea acestor riscuri.

Greutatea este discutată în mod tradiţional în termeni de IMC sau indice de
J
masă corporală, supraponderalitatea însemnând un IMC între 25,0 şi 29,9 kg/m^2, iar obezitatea un IMC>30 kg/m^2 IMC. în Statele Unite, aproximativ 35% dintre femeile aflate la postmenopauză au IMC de 30 sau mai mare. în timp ce obezitatea, aşa cum este definită în funcţie de IMC, este un factor care contribuie la multe probleme de sănătate legate de menopauză, ea nu este cel mai bun instrument pentru evaluarea riscurilor. Pentru unele femei, IMC poate conduce la supraevaluarea unor riscuri şi la subevaluarea altora. IMC este o reflexie a dimensiunii corporale şi apar tot mai multe date care ne spun că ceea ce contează nu este grăsimea în sine, ci localizarea acesteia. Aşadar, atunci când ne concentrăm asupra greutăţii unei femei, ignorăm un factor de risc major pentru sănătatea ei – grăsimea care nu se vede.

Există două tipuri de grăsime corporală. Grăsimea subcutanată, care se află chiar sub piele şi care poate fi apucată cu degetele (vezi figura 8). în mod obişnuit, aceasta reprezintă cam între 90 până la 95% din grăsimea corporală. Grăsimea viscerală se află în abdomen – în jurul stomacului, ficatului şi al altor organe – şi constituie restul de grăsime. Grăsimea subcutanată pare adesea a fi cea mai enervantă, probabil din cauza obsesiei societăţii pentru siluetă, dar cea viscerală creează cele mai multe
îngrijorări din punct de vedere al sănătăţii. Şi asta pentru că grăsimea viscerală este activă din punct de vedere metabolic în moduri dăunătoare – unii chiar se referă la ea ca fiind grăsime activă. Este asociată bolilor cardiovasculare (atac de cord şi accident vascular cerebral), nivelurilor ridicate de lipide, ficatului gras (o cauză a insuficienţei hepatice), diabetului de tip 2, artritei, precum şi altor riscuri pentru sănătate.

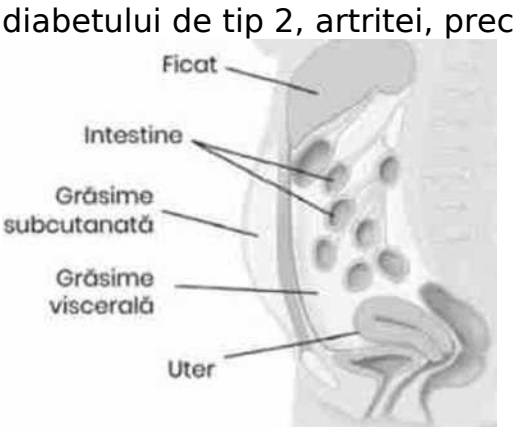


Figura 8. Grăsimea viscerală şi cea subcutanată

în timpul tranziţiei spre menopauză, femeile sunt mai predispuse să acumuleze grăsime viscerală. Acesta poate fi motivul pentru care multe femei cred că iau în greutate mai mult decât o fac de fapt, deoarece cresc în talie. După menopauză, grăsimea viscerală reprezintă între 15 şi 20% din grăsimea corporală. Există mai multe

probleme medicale asociate cu grăsimea viscerală, printre care:

* **SENSIBILITATE REDUSĂ LA INSULINĂ.**

Insulina este un hormon care reglează nivelul de glucoză (zahăr) din sânge.

* **INFLAMATIE CRESCUTĂ.** Poate fl Ud

factor declanşator sau un factor

9

suplimentar pentru multe afecţiuni medicale.

* **ELIBERAREA ACIZILOR GRAŞI ÎN SISTEMUL**

I

CIRCULATOR. Creste nivelul

9

colesterolului şi al trigliceridelor. Este interesant faptul că grăsimea subcutanată poate contribui la contracararea acestui fenomen prin absorbţia trigliceridelor circulante.

* **EFECTE NEGATIVE ASUPRA FICATULUI.**

Sângele din grăsimea viscerală se scurge în ficat înainte de a ajunge la orice alt organ sau ţesut. Acest lucru predispune ficatul la niveluri ridicate de inflamare şi îl expune la acizi graşi, ceea ce nu este deloc benefic.

* **NIVELURI ACTIVE DE TESTOSTERON** CRESCUTE. Grăsimea viscerală scade nivelurile de globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG), proteina care transportă testosteronul şi estrogenii, făcând

să fie disponibilă o cantitate mai mare de hormoni care să interacţioneze cu ţesuturile (vezi capitolul 3, îţi aminteşti Sunt Hoţi pe Bulevarde şi prin Ganguri?).

• NIVELURI CRESCUTE DE ESTR0GEN.

Ţesutul adipos produce estrogen şi estronă din hormoni precursori (vezi capitolul 3), iar grăsimea viscerală poate fi mai eficientă în producerea de estrogeni decât grăsimea subcutanată.

Motivele pentru care femeile sunt predispuse la acumularea de grăsime viscerală în timpul tranziţiei spre menopauză nu sunt pe deplin înţelese. O teorie se referă la creşterea nivelului hormonului de

9

stimulare foliculară (FSH; vezi capitolul 3), dar probabil că există o combinaţie de multiple schimbări hormonale care acţionează în mod concertat. Şi pierderea accelerată de masă musculară în timpul tranziţiei spre menopauză poate juca un rol. Există un studiu care sugerează o legătură între îndepărtarea chirurgicală a ovarelor înainte de menopauza naturală şi grăsimea viscerală. Nu se ştie dacă acest lucru este

9

cauzat de debutul timpuriu al nivelurilor scăzute de estrogeni, de rapiditatea cu care scade estradiolul şi/sau creste FSH

9 *9*

(îndepărtarea ovarelor înseamnă că nivelul hormonilor scade imediat, spre deosebire de un declin pe parcursul mai multor ani) sau

de lipsa hormonilor produşi de ovare postmenopauză.

Factorii de risc pentru apariţia grăsimii viscerale care nu au legătură cu menopauza sunt fumatul şi lipsa activităţii fizice. în timpul tranziţiei spre menopauză, 120 de minute de exerciţii fizice moderate pe săptămână sunt suficiente pentru a atenua creşterea grăsimii viscerale, dar nu pentru a inversa orice schimbare. Tratamentul hormonal al menopauzei (THM) poate încetini creşterea obezităţii viscerale în

9 *9*

timpul tranziţiei spre menopauză, deşi în prezent nu este recomandat pentru această afecţiune. Deşi sunt necesare mai multe

J *9*

studii în acest sens, este clar că THM nu este asociat cu creşterea grăsimii viscerale.

Creşterea grăsimii viscerale în timpul tranziţiei spre menopauză şi în postmenopauză este importantă, deoarece poate fi unul dintre principalele motive pentru care femeile au un risc crescut de a face boli cardiovasculare la menopauză. Dar cum ştii dacă ai grăsime viscerală şi un risc crescut pentru boli ale inimii?

Circumferinţa taliei pare să fie un bun indicator pentru grăsimea viscerală. Da, măsurând clasic, cu un metru de croitorie. Ştiu, pare o metodă de-a dreptul perimată, având în vedere tehnologia medicinei moderne. Nu se măsoară în zona cea mai îngustă a taliei; în schimb, imaginează-ţi o linie coborâtă de la jumătatea axilei până la osul soldului. Punctul în care metrul de

9

croitorie se întâlneşte cu marginea

superioară a osului şoldului este cel în care se face măsurătoarea. Metrul nu ar trebui să fie foarte strâns pe corp, iar abdomenul trebuie să fie relaxat. Potrivit Naţional Institutes of Health din Statele Unite (NIH), în cazul în care circumferinţa taliei unei f femei este egală cu sau depăşeşte 88 de centimetri, atunci vorbim despre obezitate abdominală. Orice creştere cu 1 centimetru

9

a circumferinţei taliei peste 88 de centimetri creşte riscul apariţiei bolilor cardiovasculare cu 2%. între 1960 şi 2000, circumferinţa medie a taliei americanilor a crescut cu aproximativ 15 centimetri. Pentru femeile a căror circumferinţă a taliei este mai mare de

J

88 de centimetri, o reducere cu 5 centimetri scade riscul de a face boli cardiovasculare cu 15%. Este posibil ca circumferinţa taliei să nu fie la fel de edificatoare pentru femeile asiatice şi pentru cele care sunt mult mai scunde sau mai înalte decât media, astfel încât sunt necesare mai multe cercetări pentru a permite estimarea riscului de obezitate abdominală pentru aceste grupuri.

Este important de reţinut că nu toate organizaţiile de sănătate folosesc circumferinţa taliei pentru a defini obezitatea abdominală. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) utilizează raportul dintre talie şi şold, iar pentru a ţine cont de înălţime, cercetătorii din Marea Britanie au propus un raport talie/înălţime. Este frustrant faptul că acestea nu coincid întotdeauna. în cazul meu, folosind IMC şi cele trei metode de stabilire a obezităţii

J

abdominale, e greu de stabilit dacă sunt sau nu obeză, pentru că există variaţii uriaşe. Cântăresc 80,7 kilograme, am o înălţime de 179 centimetri şi port mărimea americană 10-12, ca referinţă.

Cunoaşterea circumferinţei taliei poate ajuta o femeie să stabilească dacă are o afecţiune numită sindrom metabolic, care este accentuată de menopauză. Sindromul metabolic creste în mod semnificativ riscul
9
apariţiei bolilor de inimă, a diabetului şi a accidentului vascular cerebral. Sindromul metabolic este diagnosticat atunci când sunt prezente cel puţin trei dintre următoarele cinci condiţii:
f

- Circumferinţa taliei mai mare de 88
J

centimetri;

- Nivelul ridicat de trigliceride sau

administrarea unor medicamente pentru scăderea trigliceridelor;

- Nivelul scăzut al HDL sau administrarea de medicamente pentru tratarea unui nivel scăzut al HDL (vezi capitolul 8 pentru informaţii suplimentare);
- Hipertensiunea arterială (tensiunea

arterială ridicată) sau administrarea de medicamente pentru tratarea tensiunii arteriale ridicate;

- Nivelul ridicat al glicemiei sau administrarea de medicamente

pentru tratarea nivelului ridicat al glicemiei.

Femeile cu o circumferinţă crescută a J
taliei ar trebui să se asigure că li se verifică tensiunea arterială şi că li se face un test de
9
depistare a diabetului şi profilul lipidic (vezi capitolul 7). Tratamentul sindromului metabolic constă în exerciţii fizice, pierderea în greutate şi medicamente pentru tratarea lipidelor anormale, a diabetului şi/sau a tensiunii arteriale ridicate. Deşi exerciţiile
9 *9*
fizice nu vizează în mod specific grăsimea viscerală, ele sunt benefice în general şi par să reducă riscul de sindrom metabolic.

Pierderea în greutate

Pierderea în greutate reduce atât grăsimea viscerală, cât şi pe cea subcutanată. într-un studiu, o pierdere în greutate de 6-7% (ceea ce reprezintă 5 kilograme în medie) a determinat o reducere de 14% a grăsimii viscerale. Deoarece pierderea în greutate poate contribui la prevenirea şi tratarea sindromului metabolic, unele femei s-ar putea întreba cum ar fi cel mai bine să piardă în greutate, dar consider, de asemenea, că pentru multe dintre ele aceasta poate fi o conversaţie dificilă. Dacă nu eşti interesată să citeşti nimic despre pierderea în greutate, treci la capitolul următor. Pentru orice femeie care doreşte să
9
afle mai multe despre pierderea în greutate, sper să ofer câteva îndrumări generale.

Sunt atentă la modul în care discut despre greutate. Multor femei li se ignoră îngrijorările în privinţa sănătăţii – întemeiate în cele mai multe cazuri – ca fiind cauzate de obezitate, în loc să fie investigate în mod adecvat, şi multe au plătit cu sănătatea şi chiar cu viata din această cauză. Mi-e ruşine f *9*
că în instituţiile medicale lipsesc spaţiile primitoare pentru femeile care sunt supraponderale. în plus, de 31 de ani încoace, eu ţin o dietă interminabilă şi nu i- as dori nimănui un asemenea blestem. Nu
9
mă pot gândi nici măcar la o singură zi în care să nu fi tinut sub control ce am mâncat
J
sau să nu mă fi simtit vinovată că nu mi-am J
controlat alimentaţia. Pentru mine, acest lucru a fost un efect al faptului că mama îmi spunea în adolescenţă că sunt grasă şi al faptului că am crescut în anii 1980, care au reprezentat o combinaţie unică şi îngrozitoare între supleţe, care echivala cu frumuseţea şi fericirea, şi cultura exercitiilor
J *9* *9* *9* *9* *9*
fizice care începea să prindă contur. Aveam 16 ani când m-am înscris pentru prima dată la Weight Watchers şi cântăream 70 de kilograme. Aveam 16 ani şi un IMC de 21,8 şi m-au lăsat să mă înscriu.

Strategia prin care fac faţă înseamnă să fiu perseverentă, adică încerc să notez tot ce mănânc înainte de a mânca, urmând în mare parte o dietă mediteraneeană. Sunt atentă să ţin mereu un jurnal. Dacă nu o fac, număr în tăcere caloriile şi mă judec singură, aşa că nu neapărat că m-am împăcat cu asta, dar măcar m-am relaxat puţin. Ţinerea unui jurnal mă ajută să decid dacă îmi este cu adevărat foame sau nu – pentru mine, foamea este o emoţie, aşa că trebuie să fiu atentă dacă mănânc pentru că sunt fericită ori tristă, sau pentru că organismul meu are nevoie de combustibil. De asemenea, ţinerea unui jurnal face ca gândurile mele legate de alegerile alimentare pe care le fac să nu mai locuiască în capul meu fără să plătească chirie şi mă ajută să nu mă mai învinovăţesc singură. Cu timpul, am reuşit să îmi mut atenţia de la calorii asupra calităţii alegerilor mele alimentare. Recunosc că este o muncă în curs de desfăşurare şi nu recomand
9 *9*
această abordare chiar oricui, dar experţii spun că ţinerea unui jurnal este o intervenţie cu risc scăzut care poate facilita pierderea în greutate şi menţinerea acesteia.

Este important să recunoaştem cât de greu este să pierzi în greutate, dar şi mai mult să menţii acea scădere. Din punct de vedere biologic, corpul nostru este programat să se protejeze împotriva pierderii în greutate, iar în societatea occidentală, în care alimentele ultraprocesate sunt disponibile pretutindeni şi reprezintă adesea cea mai puţin costisitoare opţiune, lucrurile sunt şi mai dificile. în plus, cum şi ce să alegi? Opţiunile sunt variate: alimente bogate în grăsimi, cu conţinut scăzut de grăsimi, cu conţinut scăzut de carbohidraţi, dieta paleo, keto, mediteraneeană, vegană, Whole30, DASH, Atkins, flexitariană şi volumetrică, pentru a numi doar câteva. Numărul programelor de slăbire este altceva – în 2020, *US News & World Report* avea o listă cu 35 de programe diferite! Da, un „Top 35".

Multe programe de slăbit sunt mofturi, ceea ce înseamnă că sună a ceva ştiinţific şi J J J se potrivesc cu o tendinţă, dar atunci când sunt evaluate de experţi, ele nu stau în picioare. Având în vedere dificultatea inerentă a stiintei nutriţionale şi anii de studii *9 9* *9* *9* riguroase necesari evaluării în mod corespunzător a schimbărilor alimentare, ideea că o modă oferă un răspuns pe care decenii de cercetare încă nu l-au obtinut ar fi J de tot râsul,

doar că mulţi oameni ajung să fie victimele acestei jecmăneli.

Printre temele comune ale planurilor de succes pentru pierderea în greutate se numără:

*** ATENTIA FATĂ DE CONSUMUL DE** ALIMENTE, indiferent dacă este vorba despre evitarea produselor de origine animală, despre consumul de alimente între anumite ore (post intermitent) sau despre calcularea carbohidraţilor, a gramajului grăsimilor sau a caloriilor. Când se acordă atentie f alimentelor consumate, există de obicei o pierdere netă de calorii. Acest lucru se petrece pentru că fie caloriile au fost restricţionate

J în mod intenţionat, fie se poate întâmpla într-un mod mai puţin direct, cum ar fi faptul că senzaţia
de satietate rezultată din selecţia
J **J**
alimentelor limitează aportul de calorii sau alimentele din regimul respectiv sunt mai puţin calorice.

- GĂTITUL ACASĂ. Respectarea unui
regim este dificilă atunci când alte persoane pregătesc mâncarea, aşa că, pentru a urma cu adevărat un regim de slăbire, cei mai mulţi dintre noi trebuie să îsi

9 pregătească singuri majoritatea meselor. Mai multe studii au stabilit că mesele luate în afara casei constituie un factor de risc pentru obezitate.

* **PUŢINE ALIMENTE ULTRAPROCESATE SAU**
DELOC. Aportul caloric este mai mic atunci când aceste alimente sunt evitate. Trecerea de la o dietă bogată în alimente ultraprocesate la orice regim care nu le conţine este foarte probabil să aibă ca rezultat beneficii pentru sănătate.

Prietenul meu dr. Yoni Freedhoff, expert în medicina obezităţii şi autorul cărţii *The*
9 *9* *9*
Diet Fix, are ceea ce cred eu că este cel mai înţelept sfat pentru pierderea în greutate – cel mai bun regim este cel care funcţionează în cazul tău *şi* este viabil pe termen lung. Adică poţi să urmezi un regim cu care, dacă îl respecţi, slăbeşti şi pe care crezi că poţi să-l respecţi pentru tot restul vieţii. Dacă ai impresia că ai carenţe sau
dacă simţi că este o corvoadă, atunci este doar o chestiune de timp până când regimul respectiv va înceta să mai dea rezultate. Acesta este motivul pentru care programele cu asa-numitele alimente interzise nu funcţionează în cazul meu – de exemplu, să fiu vegană sau să urmez o dietă ketogenică. Această abordare mă face să atribui termeni negativi şi pozitivi alimentelor şi, bineînţeles, dacă am probleme în a urma programul respectiv, atunci mă simt rău. Este foarte important să te cunoşti pe tine însăţi.

Alte metode pentru pierderea în greutate sunt medicamentele şi chirurgia. Medicamentele ne pot ajuta să pierdem între 5 şi 10% din greutate, ceea ce poate avea beneficii însemnate pentru sănătate. Unii nu pierd mult în greutate, iar alţii pot pierde mult mai mult de 10%. Medicamentele nu sunt un lucru cu care să începi, să slăbeşti rapid şi apoi să te opreşti; pentru a-şi menţine greutatea, femeile trebuie să continue să le ia. Există mai multe opţiuni, iar un expert în medicina obezităţii este persoana care poate ajuta o femeie să pună în balanţă riscurile şi potenţialele beneficii. O altă metodă care poate avea efecte însemnate şi de lungă durată asupra pierderii în greutate este chirurgia bariatrică – femeile pot pierde între 25 şi 30% din greutatea corporală. Există un mic risc în ceea ce priveşte operaţia în sine, dar având în vedere beneficiile pentru sănătate după ce slăbesc, longevitatea creşte.

Obezitatea este o afecţiune medicală, dar este una dintre puţinele în care atribuim vina pacientului sau sugerăm că este vina lui. Este, de asemenea, una dintre afecţiunile în care medicina oferă, în general, cea mai puţină îndrumare şi cel mai puţin sprijin. Ce s-ar întâmpla dacă am trata în acelaşi mod persoanele cu cancer sau cu tensiune arterială ridicată? îţi poţi imagina o lume în care un medic ar pune diagnosticul de cancer la sân, ar insinua că este vina pacientei şi apoi ar trimite-o să caute ajutor în altă parte? Din fericire, există experţi minunaţi şi amabili în medicina obezităţii, iar orice femeie interesată să slăbească ar trebui, sperăm, să fie tratată de aceştia într-o manieră mai centrată asupra pacientei, binevoitoare şi bazată pe dovezi.

DE RETINUT

*

- Pierderea de masă musculară odată cu vârsta
începe la 30 de ani şi se accelerează în timpul tranziţiei spre menopauză.
- Exerciţiile fizice sunt un tratament bun, mai ales
când vine vorba despre menopauză.
- Creşterea în greutate în timpul menopauzei este
legată mai mult de vârstă decât de hormoni, dar modificările hormonale contribuie la redistribuirea grăsimii, astfel încât depunerea de grăsime legată de vârstă se produce cu predilecţie în jurul organelor interne, crescând obezitatea abdominală.
- Obezitatea abdominală înseamnă o circumferinţă
a taliei de mai mult de 88 de centimetri.

• Grăsimea abdominală este activă din punct de vedere metabolic şi este asociată cu o varietate f de afecţiuni medicale, de la bolile cardiovasculare la diabet şi până la demenţă.

CAPITOLUL 8

Miezul problemei

Bolile cardiovasculare

în fiecare minut, o femeie moare din cauza bolilor cardiovasculare.

Te-am făcut atentă? Foarte bine.

Bolile cardiovasculare (BCV) la care se gândesc marea majoritate a oamenilor sunt atacul de cord (infarct miocardic) sau accidentul vascular cerebral. Dar bolile cardiovasculare reprezintă o categorie largă de afecţiuni medicale care afectează fluxul
I
de sânge şi, în consecinţă, transportul oxigenului către ţesuturi. Ele au impact asupra circulaţiei prin afectarea inimii (pompa), a vaselor de sânge (conductele) sau a ambelor.

BCV este principala cauză de deces la femei – 1 din 3 femei moare din cauza acestor afecţiuni şi, cu toate acestea, doar 8% dintre femei le identifică drept cea mai mare ameninţare la adresa sănătăţii lor. De ***r*** ***9***
aceea, este foarte important ca femeile şi medicii să extindă conceptul de menopauză dincolo de simptomele care se bucură de cea mai mare atenţie în mass-media şi pe reţelele de socializare, cum ar fi bufeurile, schimbările de dispoziţie şi disconfortul
actului sexual. Din păcate, oamenii încă se gândesc la BCV ca la ceva ce îi afectează numai pe bărbaţi – ei au dureri toracice îngrozitoare şi atacuri de cord la televizor şi în filme, iar

femeile par să moară aproape întotdeauna de cancer sau în urma unor accidente tragice. Dacă ne gândim la femei, bolile cardiovasculare apar numai la sfârşitul vieţii lor. Şi, într-un sens înfricoşător, da, BCV afectează femeile la sfârşitul vieţii lor – doar
/ /
că nu se întâmplă la vârsta de 93 de ani. Femeile mor sau au viaţa grav afectată de bolile cardiovasculare la 50 şi 60 de ani, şi uneori chiar la 40 de ani.

ANGINĂ	Dureri toracice din cauza scăderii fluxului de sânge către inimă.
ARITMII	Ritmul cardiac anormal poate afecta modul în care inima furnizează oxigen ţesuturilor, iar unele tipuri de aritmie pot conduce la formarea de cheaguri de sânge care provoacă accidente vasculare cerebrale.
ATEROSCLEROZĂ	Grăsime, colesterol, celule inflamatorii şi alte substanţe *1* >
acumulate în artere (cunoscute sub numele „plăci"). Plăcile reduc fluiditatea sângelui şi se pot sparge, provocând un cheag de sânge care poate bloca artera. Ateroscleroza este un factor de risc pentru atacul de cord şi accidentul vascular cerebral.
ATAC DE CORD	Reducerea semnificativă a fluxului de sânge către inimă astfel încât să o afecteze.
INSUFICIENŢĂ CARDIACĂ	Miocardul deteriorat, care afectează capacitatea inimii de a pompa sângele către ţesuturi.
HIPERTENSIUNE	Modificări complexe care implică vasele de sânge, inima şi semnalele chimice. Nu este o boală în sine; mai degrabă, deteriorează organe precum inima, creierul şi rinichii. Este un factor de risc pentru atacul de cord şi accidentul vascular 1 cerebral.
BOALĂ ARTERIALĂ PERIFERICĂ	Reducerea fluxului de sânge către picioare din cauza arterelor îngustate; provoacă durere şi poate deteriora ţesuturile.
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (ISCHEMIC)	Un cheag care reduce în mod critic fluxul de sânge către o parte a creierului. Ateroscleroza creste 1 riscul unui accident vascular cerebral. Orice afecţiune care sporeşte proprietatea sângelui de a se coagula creşte riscul.

Figura 9. Boli cardiovasculare comune
Când femeile înţeleg importanţa sănătăţii cardiovasculare şi modul în care ***rt*** aceasta se poate schimba în timpul tranziţiei spre menopauză, ele pot lua măsuri pentru a

preveni BCV sau pentru a minimiza impactul. Să fii proactivă în ceea ce priveşte tratamentul BCV îţi poate salva viaţa, la propriu.

Ce este ateroscleroza?

Ateroscleroza este o boală a arterelor şi reprezintă un factor de risc major pentru BCV. Este vorba despre acumularea de depozite de grăsime, colesterol, celule inflamatoare şi alte substanţe pe pereţii arterelor – zonele de acumulare sunt
cunoscute din punct de vedere medical sub numele „plăci". Acestea îngustează vasele de sânge, restrângând fluxul de sânge către ţesuturi. O placă se poate rupe, provocând un cheag de sânge care e posibil să blocheze parţial sau complet un vas de sânge. Fără un flux sanguin suficient, ţesutul începe să moară.

Ateroscleroza este adesea luată în considerare doar în ceea ce priveşte inima şi, deşi provoacă angină pectorală (dureri în piept) şi atacuri de cord, poate afecta orice arteră. De exemplu, o placă aterosclerotică ruptă într-o arteră care alimentează o parte a creierului poate provoca un accident vascular cerebral, iar îngustarea cauzată de ateroscleroză poate duce la diminuarea cronică a fluxului de sânge şi la deteriorarea rinichilor. Boala arterială periferică reprezintă diminuarea fluxului de sânge către picioare din cauza aterosclerozei. Aceasta poate provoca dureri la nivelul picioarelor şi al feselor în timpul exerciţiilor fizice şi poate conduce chiar la cangrenă (moartea ţesuturilor din cauza lipsei de oxigen). Bolile legate de ateroscleroză se numesc boli cardiovasculare aterosclerotice sau BCVA.

Factori de risc pentru BCV

Deşi cazurile de BCV sunt semnificativ mai multe la bărbaţi decât la femei înainte de ***r*** menopauză, acest decalaj scade după
menopauză. BCV apare cu 7 până la 10 ani mai târziu la femei decât la bărbaţi. Există probabil mulţi factori implicaţi în apariţia întârziată a BCV la femei fată de bărbaţi. Unul dintre motive pare a fi creşterea grăsimii active din punct de vedere metabolic (discutată în capitolul 7) care apare odată cu tranziţia spre menopauză. Bărbaţii sunt mai predispuşi la depunerea grăsimii viscerale sau metabolic active, de unde şi numărul mai mare de cazuri de BCV
9
în rândul lor, în timp ce, înainte de menopauză, femeile sunt mai predispuse la depunerea grăsimii subcutanate (grăsimea pe care o poţi apuca cu degetele). După menopauză, femeile încep să acumuleze grăsime metabolic activă într-un ritm similar cu cel al bărbaţilor, crescând riscul de apariţie a BCV printr-o varietate de mecanisme, inclusiv prin intermediul proceselor inflamatorii şi al nivelurilor mai ridicate de colesterol şi trigliceride. înainte de menopauză, estrogenul poate fi, de asemenea, protector, fiind posibil să ajute la rezistenta mai mare la ateroscleroză a vaselor de sânge şi la reglarea proceselor inflamatorii, astfel încât pierderea estrogenului poate juca un rol direct.

în afară de menopauză, există factori de risc consacraţi care au un impact asupra riscului de BCV, atât pentru femei, cât şi pentru bărbaţi, cum ar fi înaintarea în vârstă, fumatul, lipsa de activitate fizică, sedentarismul, excesul de greutate, hipertensiunea arterială şi diabetul de tip 2 -

deşi multi dintre aceştia afectează în mod
9 *9* *9*
disproporţionat femeile.

Activitatea fizică înseamnă exerciţii fizice, cum ar fi alergarea, mersul pe jos sau mersul pe bicicletă. 0 persoană care este inactivă din punct de vedere fizic face mai puţin de 150 de minute de activitate moderată/75 de minute de activitate intensă pe săptămână, cât este recomandat. Sedentarismul apare când nu faci exerciţii fizice şi se referă la perioade prelungite în care stai aşezat sau întins (vezi capitolul 7). Femeile sunt mai predispuse la inactivitate fizică şi o viaţă sedentară în comparaţie cu bărbaţii, mai ales pe măsură ce îmbătrânesc, ceea ce le creste şi mai mult riscul de a face
9 *9*
boli cardiovasculare. Motivele în acest caz sunt complexe. De-a lungul timpului, femeile au fost excluse de la sport din cauza discriminării de gen şi a umilirii cu privire la corpul lor. Exerciţiile fizice sunt adesea prezentate femeilor ca o modalitate de a fi mai slabe, şi nu ca o metodă de a fi mai sănătoase, iar în cazul multora dintre ele, există puţine spaţii sigure pentru exerciţii fizice sau, uneori, nu există deloc. Când aveam 45 de ani, am avut nevoie de mult curaj pentru a mă înscrie la o sală de sport; corpurile mai tinere mi se păreau intimidante şi abia după ce am atins un anumit nivel de competenţă – graţie unui antrenor personal – am ajuns să mă simt confortabil, făcându-mi loc cu încredere în sala de forţă în zona ganterelor şi a aparatelor, ignorând privirile bărbaţilor care păreau furioşi sau nedumeriţi că ocupam ceea ce ei considerau, în mod eronat, că este spaţiul lor.

Multe femei au avut experienţe oribile în copilărie legate de exerciţiile fizice, iar asemenea experienţe pot avea efecte de durată. Când eram în şcoala primară, în Canada exista un program naţional numit Canada Fitness Award Program. în fiecare an, ni se cerea să facem şase teste de fitness, iar apoi elevii primeau insigne de aur, argint şi bronz în funcţie de punctajul obtinut. Aceia dintre noi care nu reuşeau să
J *9*
se califice stăteau şi priveau cum colegii lor erau chemaţi unul câte unul pentru a-şi primi premiile în faţa întregii şcoli. A fost profund umilitor, iar eu mi-am petrecut gimnaziul şi liceul găsind modalităţi creative de a evita ora de educaţie fizică. Mi-a luat ani întregi să depăşesc acea traumă – abia la vârsta de 27 de ani m-am gândit să fac sport pentru sănătatea mea.

Diabetul de tip 2 este un factor de risc semnificativ pentru bolile cardiovasculare şi este atât de important încât, înainte de menopauză, anulează efectul protector al estrogenului, ceea ce face ca o femeie să prezinte un risc mai mare de a face BCV decât un bărbat de aceeaşi vârstă. Acesta
9
este motivul pentru care este esenţial ca femeile să se supună unui test de depistare a diabetului de tip 2, nu numai pentru a preveni complicaţiile legate de diabet, ci şi pentru a putea începe mai devreme testarea pentru depistarea bolilor cardiovasculare şi
pentru a beneficia de tratament preventiv pentru BCV, după caz.

Există şi alti factori care cresc riscul ca o *9* *9*
femeie să sufere de boli cardiovasculare şi

9 care nu sunt bine înţeleşi. De exemplu, atât endometrioza, cât şi sindromul ovarelor polichistice (SOP) cresc riscul apariţiei bolilor cardiovasculare, precum şi şansele de a face boli cardiovasculare la o vârstă mai timpurie. Femeile care au făcut diabet (diabet

gestaţional) sau hipertensiune arterială în timpul sarcinii au un risc crescut de apariţie a bolilor cardiovasculare. Această asociere între tulburările aparatului reproducător şi BCV poate fi urmarea faptului că toate au o cauză comună, dar sunt necesare mai multe cercetări.

Dacă o femeie ştie că prezintă un risc crescut de a face o boală cardiovasculară, ea poate solicita un test de depistare sau poate lua în considerare posibilitatea de a face schimbări care îi pot diminua riscul, de exemplu, prin mai multă mişcare sau renunţarea la fumat. Din nefericire, femeile primesc de obicei mai puţine sfaturi decât bărbaţii cu privire la factorii de risc pentru BCV şi la ce pot face în materie de prevenţie, ceea ce nu face decât să agraveze şi mai mult riscurile de boli cardiovasculare pentru femei.

Depistarea bolilor cardiovasculare

Testele de depistare a bolilor cardiovasculare trebuie efectuate începând cu vârsta de 40 de ani, o dată la fiecare doi- trei ani, de către femeile cu risc mediu, însă cele cu risc mai ridicat pot avea nevoie de teste mai devreme şi/sau mai des. Printre exemplele de factori de risc care pot justifica un test de depistare timpurie se numără fumatul, circumferinţa crescută a taliei, diabetul de tip 2 sau un istoric personal de endometrioză, SOP sau diabet gestaţional.

Testul de depistare formal pentru BCV este un control standard al tensiunii arteriale – valoarea normală este de 120/80 mmHg sau mai puţin. Hipertensiunea arterială este diagnosticată atunci când valoarea superioară este >130 mmHg sau cea inferioară este >80 mmHg. Hipertensiunea arterială este un factor de risc semnificativ pentru ateroscleroză, iar tratarea acesteia scade riscul de atac de cord şi de accident vascular cerebral.

9

Celălalt test de depistare evaluează nivelul lipidelor din sânge. Lipidele sunt un grup de molecule care nu se pot dizolva în apă şi care sunt esenţiale pentru funcţionarea organismului. Fiecare celulă din corpul uman este alcătuită din lipide; ele sunt şi elementele care formează multe

9

molecule importante şi reprezintă o sursă de

energie. Cu toate acestea, lipidele joacă, de asemenea, un rol în ateroscleroză.

Colesterolul este probabil lipida cea mai cunoscută. El contribuie la menţinerea J impermeabilităţii membranei din jurul fiecărei celule, este implicat în producerea de hormoni, cum ar fi estrogenul şi progesteronul (vezi capitolul 3) şi este o componentă a bilei (o substanţă secretată de ficat care contribuie la digestie, în special la absorbţia grăsimilor). Cea mai mare parte a colesterolului din organism este produsă de celule (în primul rând în ficat), iar restul de aproximativ 20% provine din alimente. Colesterolul se găseşte doar în produsele de origine animală, cum ar fi ouăle, carnea roşie şi lactatele. Nivelurile ridicate de colesterol în sânge sunt asociate cu boala cardiovasculară aterosclerotică (BCVA). Există controverse referitoare la posibilitatea colesterolului alimentar de a avea un impact atât de mare asupra nivelului de colesterol din sânge pe cât se credea cândva. Colesterolul se găseşte adesea în alimentele cu un conţinut ridicat de grăsimi saturate (vezi capitolul 21) şi este posibil ca grăsimile saturate să fie cele care prezintă cel mai mare pericol, nu colesterolul.

Deoarece colesterolul este o grăsime şi nu se poate dizolva în apă (s-ar aduna ca uleiul deasupra oţetului), el trebuie să fie „ambalat" pentru a călători în sânge. Pentru a face acest lucru, ficatul produce nişte proteine purtătoare numite lipoprotéine: HDL (lipoprotéine cu densitate mare) şi LDL

(lipoprotéine cu densitate mică). HDL transportă colesterolul din ţesuturi către ficat, unde colesterolul este descompus şi evacuat din organism prin intermediul bilei – nivelurile scăzute de HDL indică un risc crescut de a face o boală cardiovasculară. LDL transportă colesterolul către ţesuturi, iar nivelurile ridicate sunt asociate cu un risc crescut de a face o boală cardiovasculară. Ca să ţin minte, mă gândesc că H este prima literă din HDL şi înseamnă „ridicat", iar L din LDL înseamnă „scăzut" – aşa că ne dorim un HDL mai ridicat şi un LDL mai scăzut.-

9

Trigliceridele sunt grăsimi care se depun şi sunt transportate în tot corpul pentru a se depozita în ţesutul adipos. Organismul produce trigliceride când în dietă există calorii suplimentare care nu sunt necesare, dar ele provin şi din alimente – majoritatea grăsimilor saturate pe care le consumăm sunt trigliceride. Nivelurile ridicate de trigliceride reprezintă un factor de risc pentru ateroscleroză.

Rezultatele normale pentru profilul lipidic sunt următoarele:

- Colesterol 125-200 mg/dL
- HDL >40 mg/dL
- LDL <100 mg/dL
- Trigliceride: <150 mg/dL (normal),

150-199 mg/dL (la limita superioară)

Există mulţi factori care determină tipul de tratament preventiv de care ar putea avea nevoie o femeie în mod individual, iar o discuţie despre cine trebuie să înceapă să ia medicamente depăşeşte obiectul acestei cărţi. Femeile trebuie să ştie că dacă au unul fI sau mai mulţi factori de risc majori pentru BCV (cum ar fi un profil lipidic anormal, diabet, hipertensiune arterială sau fumat), iar riscul lor de atac de cord sau de accident vascular cerebral în decursul a zece ani este >10% (acest lucru poate fi calculat la tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator- Plus/#!/calculate/estimate), atunci probabil că este indicată medicaţia pentru a preveni atacul de cord sau accidentul vascular cerebral.

Femeile şi bolile de inimă: o adevărată

f

epidemie de diagnostice greşite şi de tratamente inadecvate

Există diferenţe tragice între ţinerea sub control a bolilor cardiovasculare la femei şi la bărbaţi – 42% dintre femei mor în decurs f

de un an după ce suferă un atac de cord, fată de 24% dintre bărbaţi. Femeile sub 55 J J de ani care au un atac de cord în timp ce se află în spital prezintă un risc de două-trei ori mai mare de a muri în comparaţie cu bărbaţii de aceeaşi vârstă. O parte din această diferenţă poate fi din cauza biologiei bolilor cardiace la femei; de exemplu, modul în care placa aterosclerotică

este dislocată cauzând un atac de cord poate fi diferit la femei faţă de bărbaţi. Dar adesea este vorba de moartea din cauza misoginismului. Uneori, acest lucru se întâmplă pentru că studiile au exclus femeile, astfel încât atunci când femeile primesc ceea ce se numeşte „cel mai bun tratament", ele primesc de fapt cel mai bun tratament pentru bărbaţi. O altă

problemă este convingerea eronată că femeile – în special cele tinere – nu fac boli cardiovasculare. Alteori, este vorba despre faptul că femeile primesc mai puţine sfaturi despre bolile de inimă decât bărbaţii sau că femeile au mai puţine şanse de a li se prescrie statine, medicamente pentru scăderea colesterolului care pot reduce semnificativ riscul de atac de cord şi de accident vascular cerebral, decât bărbaţii. în special femeile de culoare au mai puţine şanse de a primi statine.

Un alt aspect foarte important este că femeile au adesea simptome de atac de cord diferite de cele ale bărbaţilor. Cei mai

J

multi oameni sunt conştient! de durerea în f ; J

piept sau de senzaţia clasică de „greutate sau apăsare pe piept", dar 42% dintre femeile care suferă un atac de cord nu au dureri în piept. Alte simptome aşa-zise comune ale unui atac de cord – durerile de mandibulă sau transpiraţia – sunt obişnuite la bărbaţi. Femeile sunt predispuse la simptome mai uşoare, care pot părea să nu aibă nicio legătură cu inima, cum ar fi apariţia bruscă a dificultăţilor de respiraţie, a

oboselii, a durerilor în corp, a transpiraţiilor reci, a palpitaţiilor, a unei stări de slăbiciune şi a unor senzaţii neobişnuite (pe care le descriu cu greu, ceea ce face parte din problemă) la nivelul spatelui sau al braţelor. Pot apărea, de asemenea, tulburări de somn şi oboseală severă fără nicio explicaţie mai multe zile la rând sau chiar săptămâni, în zilele şi săptămânile dinaintea atacului de cord. Aproape doi din trei medici nu recunosc aceste simptome, pe care le resimt mai degrabă femeile, ca fiind un potenţial semn al unui atac de cord. De fapt, femeilor deseori li se trec cu vederea simptomele, ca fiind manifestări ale anxietăţii sau bufeuri. Deoarece există o

J

suprapunere semnificativă între simptomele anxietăţii, ale bufeurilor şi ale atacului de cord, este nevoie de un specialist dedicat care să se asigure că toate trei sunt luate în considerare, nu doar cele două care nu sunt fatale.

Femeile îşi pot ignora durerea ca nefiind „atât de gravă", deoarece chiar poate să nu fie atât de gravă. De exemplu, pentru multe femei, durerea provocată de crampele menstruale este mai puternică decât cea provocată de un atac de cord – la urma urmei, forţa generată de uter în timpul crampelor menstruale este aceeaşi cu cea generată în timpul celei de-a doua etape a travaliului. Cu toate acestea, femeile care au crampe menstruale sunt cumva privite ca fiind slabe şi plângăcioase. Este o formă de manipulare psihologică şi emoţională sistemică şi mai că îmi vine să urlu din cauza asta.

înţeleg că este greu să accepţi ideea că durerea provocată de un atac de cord poate fi mai puţin intensă decât crampele menstruale; la urma urmei, miocardul moare la propriu în timpul unui atac de cord, în timp ce uterul nu moare în timpul menstruaţie! (deşi aşa poate părea). Discrepanţa dintre durerea provocată de crampele menstruale şi cea provocată de atacul de cord subliniază complexitatea biologică a durerii. Durerea provocată de organe, cum ar fi inima şi uterul, se numeşte durere viscerală şi este procesată diferit faţă de cea provocată, de exemplu, de un picior rupt sau de o arsură. Pare evident că femeile exprimă în mod diferit durerea viscerală în comparaţie cu bărbaţii, având în vedere toate conexiunile din sistemul nervos necesare pentru ciclul menstrual şi naştere, dar când femeile sunt excluse din studii, nu aflăm despre aceste diferenţe şi pierdem informaţii cruciale care ar putea salva vieţi, în consecinţă, o mare parte dintre mesajele pe care le primesc femeile cu privire la atacurile de cord este că probabil o să se ţină de piept, deoarece educarea publicului cu privire la atacul de cord a fost, de fapt, educarea publică a bărbaţilor cu privire la atacul de cord.

Atunci când se suspectează un atac de cord, ai putea avea nevoie de o angiogramă, un test prin care se injectează un agent colorant care se deplasează prin artere
pentru a identifica o îngustare critică cauzată de ateroscleroză sau de un cheag. Există două tipuri de artere în inimă care se pot bloca – mari şi mici. Angiograma standard este mai potrivită pentru a evalua arterele mari, dar, în cazul femeilor, arterele mai mici sunt o cauză frecventă a atacurilor de cord (aceasta se numeşte boală coronariană microvasculară). Aşadar, o femeie cu dureri în piept poate primi în mod eronat undă verde pentru că arterele sale mari au fost verificate, când în realitate există o problemă majoră cu cele mici, care a fost omisă. Femeile cu dureri toracice persistente sau alte simptome de atac de cord, dar cu o angiogramă negativă ar trebui să se asigure că medicul lor cardiolog are experienţă în tratarea femeilor, astfel încât boala coronariană microvasculară să nu fi fost trecută cu vederea.

DE RETINUT

*

- Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză

de deces în rândul femeilor.

- Riscul unei femei de a suferi de o boală cardiovasculară creşte după menopauză şi pare să fie determinat în mare parte de acumularea de grăsime viscerală activă metabolic.
- Factorii legaţi de aparatul reproducător care cresc

riscul apariţiei bolilor cardiovasculare la o femeie includ istoricul personal de endometrioză, sindromul ovarelor polichistice, diabetul gestaţional şi tensiunea arterială ridicată în timpul sarcinii.

- Simptomele unui atac de cord sunt adesea

diferite la femei fată de bărbaţi.

- Femeile fără factori de risc pentru bolile cardiovasculare ar trebui să fie supuse unor investigaţii de verificare a tensiunii arteriale şi a profilului lipidic la fiecare doi-trei ani, începând cu vârsta de 40 de ani, iar cele cu factori de risc ar putea avea nevoie să înceapă testele de depistare mai devreme sau să fie supuse acestor teste mai des.

CAPITOLUL 9

Este cald sau mi se pare?

Simptomele vasomotorii şi cum să stingi focul

Când vorbim despre menopauză, cele mai multe dintre noi se gândesc la valuri de căldură care inundă corpul. Acest lucru este din cauza faptului că bufeurile şi transpiraţiile nocturne – cunoscute sub numele de simptome vasomotorii (SVM) – afectează 80% dintre femei la un moment dat pe parcursul menopauzei şi aproape toate femeile care iau inhibitori de aromatază (medicamente pentru un anumit tip de cancer de sân).

Bufeurile sunt cunoscute şi sub numele „călduri", deşi eu prefer cuvântul „bufeuri", deoarece sintagme precum „mă trec căldurile" îmi evocă un proces instantaneu, de foarte scurtă durată, în timp ce „bufeuri" pare a fi ceva care persistă câteva minute, ceea ce se şi

întâmplă, de altfel. însă categoric termenul meu preferat este „fierbinţeli", care, aşa cum am discutat în capitolul 2, datează cel puţin din secolul al XVIII-lea – pentru mine, este într-adevăr ca şi cum căldura izvorăşte din interiorul corpului şi trece ca un val fierbinte până la cap. Unora dintre femei le place să îşi numească bufeurile „valuri de energie", dar orice termen pe care îl consideri potrivit este la fel de bun. La urma urmei, *tu* treci prin astfel de stări.

Din punct de vedere medical, un bufeu este un val de căldură care învăluie capul, gâtul, partea superioară a pieptului şi braţele. Nu este doar o senzaţie de căldură; corpul chiar este cald la atingere. Bufeurile pot fi însoţite de transpiraţie, roşeaţă la nivelul feţei, greaţă, stare de agitaţie şi anxietate. Bufeurile pot fi trăite în mod diferit de fiecare femeie în parte, dar există o constantă – senzaţia de căldură. Transpiraţiile nocturne sunt bufeuri resimţite pe parcursul nopţii care au ca rezultat transpiraţia excesivă şi sunt un motiv de perturbare a somnului. Sunt, de asemenea, neplăcute, deoarece trezirea în nişte aşternuturi umede este de-a dreptul dezgustătoare.

Ce sunt mai exact bufeurile?

Bufeurile apar atunci când un termostat intern stricat informează creierul că îti este cald, deşi nu este aşa. Termoreglarea – controlul temperaturii corporale – are loc în adâncul creierului, într-o regiune numită hipotalamus. Diferiţi hormoni şi neurotransmiţători colaborează, primind semnale de la corp şi de la mediul înconjurător pentru a menţine temperatura corpului într-o plajă relativ îngustă. Reproducerea şi controlul temperaturii sunt strâns legate între ele. De exemplu, temperatura corpului are cotele cele mai ridicate la jumătatea perioadei dintre ovulaţie şi menstruaţie, din cauza nivelurilor ridicate de progesteron. Teoria este că temperatura uşor mai ridicată din această perioadă este favorabilă implantării ovulului, în consecinţă, există neuroni (celule nervoase) implicaţi în reglarea atât a temperaturii, cât şi a ciclului menstrual. 0 analogie bună este aceea că termoreglarea şi reproducerea împart aceeaşi „placă de bază".

Mecanismele care stau la baza simptomelor vasomotorii sunt foarte complexe şi nu sunt înţelese pe deplin. Nu nivelul de estrogen contează, altfel, fetele ar avea bufeuri înainte de pubertate. Bufeurile depind de un creier care a avut estrogen, apoi acest hormon a început să dispară. Cu cât scăderea estrogenului este mai rapidă, cu atât efectul e mai profund, motiv pentru care îndepărtarea ovarelor înainte de menopauză determină mai multe bufeuri şi simptome mai puternice decât scăderea treptată a hormonilor tipică menopauzei.

Estrogenul are un rol interesant în reglarea temperaturii – se pare că suprimă mesajele de la un grup de neuroni care transmit informaţii despre căldură. Odată cu menopauza, aceşti neuroni care favorizează creşterea temperaturii nu mai au estrogenul drept gardian, astfel încât zona creierului în care se află ei se măreşte. Unele cercetări sugerează că nivelul ridicat al hormonului de stimulare foliculară (FSH) odată cu menopauza ar putea avea un rol în apariţia bufeurilor.

Fără influenţa estrogenului, sistemul de termoreglare devine extrem de sensibil la creşterile minore de temperatură şi răspunde într-un mod exagerat – astfel încât urcarea câtorva trepte poate părea ca o alergare lungă în haine groase într-o zi călduroasă. Gândeşte-te la asta ca la o parte a creierului tău care strigă la întâmplare „Atenţie, foc!", când toate sistemele funcţionează exact asa cum trebuie şi nu

există estrogen prin preajmă care să spună „Nu mai zbiera din orice şi hai să vedem mai întâi despre ce e vorba".

în efortul de a se răcori, vasele de sânge se dilată, iar sângele este dirijat către piele, unde îşi pierde o parte din căldură. Acesta este valul de căldură (şi adesea roşeaţa) de pe faţă, gât, partea superioară a pieptului şi braţe. Glandele sudoripare sunt, de asemenea, puse la treabă pentru a transpira. Ritmul cardiac creşte (acest lucru poate contribui la un sentiment de anxietate pentru unele femei) şi fluxul de sânge către creier este redus. Acest episod de căldură durează în medie între două şi patru minute, oprindu-se atunci când temperatura corpului scade în cele din urmă din cauza eforturilor sale de a se răci. Dar pentru că de fapt nu ţi-a fost cald cu adevărat, temperatura corpului este acum mai scăzută decât ar trebui, aşa că pot apărea frisoane, iar unele femei sunt mai deranjate de frisoane decât de senzaţia de căldură care le-a precedat. Pot apărea chiar şi tremurături pentru a readuce la normal temperatura corpului, acum scăzută.

Ai obosit doar citind despre asta? Pentru unele femei, aceste episoade au loc de 20 sau 30 de ori pe zi. Intensitatea simptomelor vasomotorii variază de la o femeie la alta, iar el sunt asociate cu dificultăţile de somn şi

depresia şi afectează calitatea vieţii. Unele femei sunt foarte deranjate de ele, în timp ce altele nu atât de mult. Poate fi obositor şi

 stresant, iar bufeurile le fac pe multe femei să se simtă îngrozitor. Bufeurile sunt imprevizibile, ceea ce înseamnă că, într-o zi, o activitate declanşează ceea ce pare a fi un val nesfârşit de căldură pe tot parcursul zilei, iar în alta, aceeaşi activitate poate să nu aibă niciun efect. Impredictibilitatea nu face decât să înrăutăţească situaţia, deoarece poate părea că organismul tău scapă de sub control, iar acest lucru este neliniştitor.

Femeile cu simptome vasomotorii mai moderate sau mai severe prezintă, de asemenea, un risc crescut de a face boli cardiovasculare şi accident vascular
cerebral. Simptomele vasomotorii nu cauzează în mod direct boli cardiace prin afectarea inimii sau a vaselor de sânge, ci
mai degrabă se crede că factorul care predispune unele femei la bufeuri pare să le predispună şi la boli cardiace. Există o teorie conform căreia este mai probabil ca bufeurile să apară atunci când există o comunicare defectuoasă între sistemul nervos şi vasele de sânge, iar acest lucru ar putea fi un factor favorizant în cazul bolilor de inimă şi al accidentelor vasculare

cerebrale. Femeile cu simptome vasomotorii moderate până la severe ar trebui să fie la zi cu controalele privind sănătatea inimii, adică să-şi verifice regulat tensiunea arterială şl să facă teste pentru depistarea colesterolului ridicat şi a diabetului. Exerciţiile fizice sunt o

schimbare care poate contribui la diminuarea acestor riscuri.

Când încep simptomele vasomotorii şi cât durează?

Vechea mentalitate era că simptomele vasomotorii încep la menopauză (adică odată cu ultima menstruaţie) şi durează aproximativ doi ani. Acum ştim că acestea pot începe în timpul tranziţiei spre menopauză – chiar cu mulţi ani înainte de ultima menstruaţie –, iar

perioada bufeurilor durează în medie puţin peste şapte ani. Datele obţinute prin intermediul studiului SWAN ne informează că există patru tipare distincte ale simptomelor vasomotorii în rândul femeilor din America de Nord, iar
fiecare dintre aceste tipare este resimţit de aproximativ 25% dintre femei:

- Debutul timpuriu în timpul tranziţiei
  spre menopauză şi scăderea după ultima menstruaţie.
- Debutul tardiv în timpul tranziţiei
  spre menopauză, cele mai severe simptome fiind în preajma ultimei menstruaţii, apoi diminuându-se lent în postmenopauză, cu o durată medie de patru ani.
- Puţine sau deloc. Da, se mai întâmplă!
- „Superbufeuri" (termen inventat de
  cercetătorii SWAN) care încep să apară la începutul tranziţiei spre menopauză şi continuă mult timp în postmenopauză, 10-11 ani în total, sau chiar mai mult.

Acest lucru înseamnă că există aproximativ 25% şanse ca bufeurile să fie minime sau inexistente, 25% şanse să fie foarte puternice şi 50% să fie moderate. Unele femei pot crede că au superbufeuri deşi nu au, deoarece atunci când li se cere să îşi amintească această experienţă, ele le raportează mai des decât atunci când aceste informaţii sunt urmărite zi de zi. Acest tip de distorsiune a memoriei este obişnuit în orice domeniu, nu doar în medicină, aşa că este vital să urmărim femeile în timp real pentru a afla ce
relatează. Cu toate că bufeurile pot fi severe când apar, doar 6% dintre femei le au zilnic, în timp ce majoritatea le resimt în doar 30% din timp sau chiar mai rar. Acest lucru nu înseamnă că nu sunt extrem de neplăcute; chiar şi atunci când bufeurile sunt frecvente, este mai probabil ca femeile să aibă zile fără bufeuri decât cu bufeuri.

O varietate de factori cresc sau scad riscul apariţiei simptomelor vasomotorii:

- RASA. Femeile afro-americane raportează cea mai lungă durată a bufeurilor – o medie de 11 ani sau mai mult, americancele de origine japoneză şi chineză între 5 şi 6 ani, iar femeile albe şi hispanice se situează între aceste intervale.

FACTORII SOCIALI DETERMINANTI Al SĂNĂTĂŢII *t* */*

Sărăcia, nivelul de educaţie precar şi experienţele negative din copilărie (ENC, vezi capitolul 1) sunt asociate cu un risc crescut. Experienţele negative din copilărie pot provoca modificări structurale permanente ale creierului, care l-ar putea face mai vulnerabil în procesul care declanşează apariţia bufeurilor.

- FUMATUL. La femeile care fumează
  sau au fumat, perioada de bufeuri e mai lungă.
- SĂNĂTATEA MINTALĂ. Stresul, depresia
şi anxietatea cresc riscul.

9

- ALCOOLUL. Consumul redus de alcool
  poate reduce bufeurile, dar consumul ridicat are efectul opus – un argument în plus pentru dieta mediteraneeană şi pentru un pahar de vin roşu pe zi.
- COFEINA. Cafeaua, ceaiul şi alte
  băuturi sau alimente care conţin f cofeină pot declanşa bufeurile în cazul unora dintre femei.
- ANXIETATEA. Femeile cu un nivel
  ridicat de anxietate sunt mai predispuse la bufeuri. Anxietatea poate să imite bufeurile – multe dintre simptome sunt identice, de exemplu, palpitaţiile şi transpiraţia, iar pentru a face lucrurile mai complexe, femeile pot avea stări de anxietate în timpul bufeurilor.

Bufeurile sunt de obicei mai grave după- amiaza şi pot fluctua în funcţie de anotimp – sunt mai puternice în lunile de vară, deoarece căldura şi umiditatea pot fi un factor declanşator. Tine cont de acest lucru *9 9*
când te gândeşti la necesitatea de a începe sau de a schimba tratamentul – eu am suferit recent o serie îngrozitoare de bufeuri, iar în momentul în care scriu aceste rânduri au trecut mai bine de patru ani de la ultima mea menstruaţie şi patru ani de când urmez
un tratament hormonal al menopauzei. Apoi, mi-am dat seama că explozia mea recentă de bufeuri a început odată cu un val de căldură teribil şi prelungit, aşa că am decis să fac tot posibilul să rezist şi să-mi reevaluez nevoile în timpul iernii. La aproximativ o săptămână după ce a venit vremea rece, bufeurile mele au dispărut.

Bufeurile neobservate şi bufeurile false

f

în cadrul studiilor în care femeile poartă dispozitive care detectează fizic bufeurile, datele subiective – adică ceea ce simte o femeie – nu corespund întotdeauna cu ceea ce este înregistrat. într-un astfel de studiu, ceva mai mult de jumătate dintre bufeuri au trecut complet neobservate de către femeie – ceea ce înseamnă că, din punct de vedere fiziologic, se producea un bufeu, dar acesta trecea fără să creeze disconfort. Acest lucru contrazice ideea că bufeurile în sine sunt în mod universal supărătoare. Interesant este că, în acest studiu, emoţiile pozitive au fost mai susceptibile de a declanşa bufeuri decât cele negative.

Acelaşi studiu ne informează, de asemenea, şi despre bufeurile false – sau ceea ce eu numesc „bufeurile fantomă" –, adică o femeie semnalează că are bufeuri, dar acestea nu se produc fizic – până la 88% dintre femei au avut bufeuri false. (Eu prefer sintagma „bufeuri fantomă", deoarece „false" sună peiorativ, iar femeile sunt deja
adesea acuzate că inventează simptome). Este probabil ca bufeurile fantomă să fie declanşate de frustrare şi de pierderea sentimentului de control, precum şi de exerciţiile fizice şi de fumat.

I *9*

Ce înseamnă acest lucru?

Este important să ne amintim că nimic nu este resimţit cu adevărat până când creierul nu îţi spune că este resimţit. Emoţiile, starea de spirit şi, probabil, chiar şi lucrurile care ne aşteptăm să se întâmple afectează nivelurile de neurotransmiţători, iar astfel de schimbări se pot intensifica, atenua, pot genera sau pot elimina multe senzaţii, inclusiv pe cele de bufeuri. Aceasta este legătura dintre minte şi corp. Este nevoie de mai multe studii pentru a înţelege ce se întâmplă când o femeie crede că are bufeuri, care de fapt nu se produc din punct de vedere fizic. Printre posibilităţi se numără alte experienţe emoţionale care sunt interpretate ca fiind bufeuri din cauză că te aştepţi să le ai (ceea ce înseamnă că în urmă cu 20 de ani, înainte de menopauză, aceeaşi experienţă ar fi fost interpretată diferit, deoarece nu te-ai fi aşteptat să ai bufeuri) sau creierul chiar semnalează existenţa bufeurilor, dar pur şi simplu nu există un răspuns fizic (nu uita că bufeurile sunt rezultatul unei semnalări anormale) ori pot exista şi alte motive.

Este clar că studiile care iau în calcul doar bufeurile pe care le înregistrează femeile în jurnalele lor pot să nu ofere o imagine de ansamblu, deoarece este posibil
ca femeile respective să noteze unele bufeuri fantomă sau să nu fie conştiente de
9 prezenţa fiziologică a acestora. De asemenea, nu cunoaştem toate implicaţiile acestor alte senzaţii asemănătoare bufeurilor; de exemplu, nu ştim dacă bufeurile fantomă sau cele nedetectate cresc riscul apariţiei bolilor cardiovasculare. Sunt necesare mai multe studii în acest sens.

Sunt adesea întrebată despre noua tehnologie special destinată sănătăţii femeilor, care include dispozitive, aplicaţii sau servicii online, dar multe dintre produsele care mi-au fost prezentate până în prezent mi se par lipsite de valoare. Fie este vorba despre o soluţie mai scumpă decât intervenţiile disponibile în prezent, fie serviciul sau produsul respectiv se bazează doar pe o ipoteză şi nu există date care să o susţină, fie pare de-a dreptul stupid. Cu toate acestea, mă întreb cum ar fi dacă ar exista un dispozitiv portabil şi ieftin de monitorizare a bufeurilor? Ar putea capacitatea de a detecta cu precizie ceea ce se întâmplă fizic să fie utilă în cadrul unor studii pentru a înţelege implicaţiile intervalului de manifestare a bufeurilor şi
9 sănătatea cardiacă sau pentru a stabili răspunsul la tratamentul hormonal al menopauzei (THM)? Mă gândesc la seria mea de bufeuri provocate de valul de căldură din timpul verii şi mă întreb dacă accesul la o aplicaţie care să îmi fi urmărit cu precizie bufeurile mi-ar fi permis să ştiu
că acela era un eveniment obişnuit pentru luna august şi, în loc să mă îngrijorez că THM nu mai funcţionează, m-ar fi liniştit şi mi-ar fi transmis că e un fenomen temporar, chiar dacă unul enervant. Cred, de asemenea, că aplicaţia ar fi putut să mă informeze că nu există nicio diferenţă în ceea ce priveşte frecvenţa bufeurilor mele, sugerând că simţeam un disconfort mai mare doar pentru că vremea era neobişnuit de caldă. întrucât îngrijorarea poate exacerba bufeurile, este oare posibil ca această informaţie să fi redus chiar mai devreme efectul deranjant al bufeurilor mele?

Factorii culturali şi genetici

Modul în care treci prin experienţele vasomotorii variază în întreaga lume. Femeile care trăiesc în ţări în care menopauza este privită ca o schimbare, iar îmbătrânirea nu este considerată un aspect negativ sunt, în general, mai puţin deranjate de simptome. Poate că lipsa conotaţiilor şi a atitudinilor sumbre face mai uşoară
9
educarea, precum şi normalizarea simptomelor – când femeile ştiu la ce să se aştepte, ele pot fi mai puţin deranjate de simptome. în mod contrar, când femeile care îmbătrânesc sunt privite cu dispreţ de către societate, acest lucru poate face ca fiecare serie de bufeuri să pară un termen de expirare. Poate fi de ajutor să nu simţi că te
îndrepţi spre coşul de gunoi al societăţii, având în vedere interacţiunea complexă dintre emoţii şi neurotransmitători. Alti factori care pot juca un rol sunt dietele regionale, activitatea fizică, clima şi accesul la asistenţă medicală de calitate şi la preţuri accesibile.

Genetica poate juca la rândul ei un rol important în modul diferit în care poate fi percepută experienţa vasomotorie. Există unele date care sugerează că variaţiile unei gene de pe cromozomul 4 ar putea fi asociate cu un risc crescut de producere a bufeurilor – această genă face parte din codul pentru acei neuroni de pe „placa de bază" despre care am discutat mai devreme şi care au un rol dublu atât în reproducere, cât şi în controlul temperaturii. Poate că într- o bună zi vom avea un test genetic care să prezică dacă o femeie este mai mult sau mai puţin predispusă la superbufeuri, iar acest lucru ar putea influenţa ceea ce simt unele femei legat de începerea THM sau de modul în care facem testele de depistare a bolilor de inimă.

Incidenţa bufeurilor este mai mică în unele ţări asiatice, mai ales în Japonia. în anii 1980, dr. Margaret Lock, antropologă, şi grupul său de cercetare au descoperit că doar aproximativ 20% dintre japoneze au bufeuri. Principalele teorii care au apărut în urma acestei descoperiri au fost dieta – în special prezenţa fitoestrogenilor – şi aşteptările societăţii. De atunci, folosirea fitoestrogenilor ca tratament – atât din
alimente, cât şi din suplimente – s-a dovedit a fi în mare măsură ineficientă în cazul bufeurilor, deşi consumul îndelungat al unor alimente bogate în aceşti compuşi ar putea pregăti organismul într-un mod care să le facă mai utile. Diferenţele genetice reprezintă o altă posibilitate, deoarece există o probabilitate mai mare ca japonezele să poată metaboliza fitoestrogenul daidzeină- în equol, o substanţă mai activă. Cu toate acestea, japonezele care consumă mai multă soia nu au mai puţine bufeuri, aşa că fie există date ştiinţifice despre fitoestrogeni pe care încă nu le cunoaştem – în special despre cei din soia –, fie aceşti compuşi au un efect minim.

La momentul studiului realizat de dr. Lock nu exista un termen japonez pentru bufeuri, aşa că grupul ei a folosit trei sintagme care păreau să descrie cel mai bine senzaţia, lin studiu de urmărire realizat f
de alti cercetători 20 de ani mai târziu a l
folosit o listă extinsă de termeni pentru a încerca să surprindă senzaţia bufeurilor, iar la acel moment numărul japonezelor care raportau simptome vasomotorii crescuse. Nu se ştie dacă acest lucru este din cauza
9
faptului că noţiunea occidentală de menopauză pătrunsese între timp în cultura japoneză – sintagma „hotto furasshu", un împrumut din limba engleză al sintagmei „hot flushes", este acum în uz – sau aceste expresii mai noi surprindeau mai bine ceea ce trăiau femeile. Interesant este că
simptome vasomotorii comune în rândul femeilor din Japonia erau frisoanele.

Antropologa Jan Morgan Zeserson ridică o problemă importantă cu privire la lipsa unui termen japonez pentru „bufeuri" – nu ar trebui ca o experienţă resimţită de aproape 20% dintre femei să aibă o denumire? Ea avansează ipoteza că poate lipsa unui termen sau existenta altor motive culturale ***r***
au făcut ca japonezele să nu discute despre bufeuri, chiar şi atunci când au fost întrebate direct de către cercetători. De-atunci, cercetătorii au abordat această întrebare, comparând experienţa bufeurilor la femeile de origine japoneză cu cea a femeilor de origine europeană care trăiesc în Hawaii. Mai întâi, femeile au trimis prin poştă răspunsurile la chestionarele referitoare la experienţele lor vasomotorii, iar apoi li s-au înregistrat bufeurile timp de 24 de ore prin intermediul unui echipament de monitorizare portabil, astfel încât să existe date obiective. în urma sondajului, 26% dintre americancele de origine japoneză au declarat că au avut bufeuri, comparativ cu 47% dintre americancele de origine europeană. Cu toate

acestea, când femeile au fost monitorizate, numărul bufeurilor a fost acelaşi în ambele grupuri. Aşadar, factorii culturali pot afecta ceea ce sunt dispuse să declare unele femei sau ceea ce simt, iar asta înseamnă că bufeurile se pot produce, dar în funcţie de o varietate de factori, ele nu sunt la fel de deranjante în toate cazurile.

Este important să se stabilească dacă femeile din anumite culturi sau ţări au cu ***r*** adevărat mai puţine simptome vasomotorii, dacă au simptome, dar nu sunt deranjate de ele, sau dacă au bufeuri şi transpiraţii nocturne şi există bariere culturale care le împiedică să declare această experienţă – chiar şi în cadrul unui studiu medical. Ceea ce reţin eu de aici este că, în lipsa unei monitorizări obiective a simptomelor, studiile care raportează niveluri diferite în privinţa apariţiei bufeurilor în funcţie de cultură sau etnie pot conduce la o raportare insuficientă pentru unele grupuri. în plus, trebuie să înţelegem mai bine ce se întâmplă de fapt atunci când femeile simt că au bufeuri, dar din punct de vedere fizic nu le au, şi când chiar le au, dar trec neobservate.

Greutatea corporală şi bufeurile

Discriminarea medicilor faţă de persoanele obeze a făcut ca multe femei cu bufeuri şi transpiraţii nocturne să fie neluate în seamă. „Dacă aţi mai slăbi" nu constituie un tratament medical adecvat şi nici un semn de compasiune, iar insinuarea oribilă este că unele femei îşi merită simptomele.

Relaţia dintre greutate şi simptomele vasomotorii este complexă. Unii cercetători au sugerat că estrogenul produs de ţesutul adipos ar putea juca un rol protector, în timp ce alţii au avansat ipoteza că el ar putea acţiona ca o izolaţie, îngreunând disiparea căldurii de către organism. Gândindu-ne din nou la cele patru tipare de bufeuri pe care le-am discutat mai devreme, este mai probabil ca femeile supraponderale să facă parte din grupul care are bufeuri mai devreme şi au mai puţine şanse să continue să le aibă pentru perioade lungi după ultima menstruaţie. Dar dacă izolarea excesivă a f ţesutului adipos ar fi realmente un mecanism, atunci nu ar trebui să existe un tipar cu mai puţine bufeuri după menopauză.

Mai multe studii au abordat pierderea în greutate şi, deşi rezultatele nu sunt consistente, ar putea fi benefică, deşi femeilor ar trebui să li se ofere tratament pentru simptomele vasomotorii indiferent de greutate sau de circumferinţa taliei. Studiul Women's Health Iniţiative (un studiu de amploare care a analizat THM, vezi capitolul 17) a cuprins un segment de schimbare nutriţională, iar femeile care au pierdut în greutate aveau şanse să aibă mai puţine bufeuri. Chiar şi o pierdere în greutate de 4,5 kilograme a adus unele beneficii. Nu se ştie dacă acest lucru este un efect direct al pierderii în greutate sau dacă pierderea în greutate poate ameliora alte afecţiuni medicale, influenţând în mod indirect bufeurile.

Bufeurile şi transpiraţiile nocturne sunt provocate de altceva?

Cu toate că în preajma vârstei de 50 de ani şi după bufeurile sau transpiraţiile nocturne sunt urmarea probabilă a menopauzei, mai ales dacă menstruaţiile sunt neregulate sau au încetat, ar putea exista şi alte cauze. La femei, pot apărea două evenimente medicale care converg. Cu cât o femeie este mai tânără atunci când apar bufeurile şi transpiraţiile nocturne, cu atât mai multă atentie trebuie acordată excluderii altor ***r*** cauze. De asemenea, dacă tratamentul pentru simptomele vasomotorii este ineficient, aceste alte cauze trebuie luate în considerare sau reanalizate.

Unele dintre cele mai frecvente afecţiuni care cauzează bufeuri şi/sau transpiraţii nocturne sunt următoarele:

- Boli ale tiroidei;
- Diabet;
- Apnee în somn, care cauzează mai ales transpiraţii nocturne (vezi capitolul 16);
- Anxietate;
- Consumul excesiv de alcool;
- Unele efecte secundare ale medicamentelor, inclusiv ale suplimentelor;
- Cancerul;
- Tuberculoza.

Tratarea bufeurilor şi a transpiraţiilor nocturne

Tratarea bufeurilor este adesea neglijată, un lucru deloc acceptabil. Deşi nu sunt periculoase în mod direct, ele pot afecta drastic calitatea vieţii multor femei. Când ***r*** bufeurile şi transpiraţiile nocturne sunt netratate, cheltuielile legate de asistenţa medicală sunt mai mari, iar femeile au tendinţa să lipsească de la serviciu. Multe femei nu sunt luate în seamă în timpul tranziţiei spre menopauză, din convingerea greşită că bufeurile nu încep până la menopauză. Pentru altele, opţiunile medicale sunt prezentate într-un mod care le amplifică în mod fals efectele secundare şi riscurile.

Multe cărţi sau materiale despre menopauză încep sfătuindu-le pe femei să se îmbrace în straturi şi să aibă un evantai (ca o curtezană, bănuiesc?!) înainte de a începe orice tratament pentru ameliorarea bufeurilor. Aceste idei nu au fost niciodată testate, dar majoritatea oamenilor ştiu că, dacă le este cald, îndepărtarea unui strat sau două de haine ajută. De asemenea, cu ajutorul straturilor, femeile pot face lucruri cum ar fi să-şi dea jos jacheta sau puloverul înainte de a urca scările (sau alte activităţi ***r*** care provoacă încălzirea), reducând procesele care ar putea declanşa bufeurile.

Petrec mult timp înainte de a mă îmbrăca informându-mă despre temperatura prognozată şi dacă va exista aer condiţionat în locul în care merg, deoarece o uşoară supraîncălzire poate declanşa o serie de bufeuri. Mi se pare de ajutor să port cămăşi şi rochii cu mâneci scurte, iar vara am adesea părul prins într-un coc sau într-o coadă de cal, astfel încât să nu am senzaţia că port un guler de blană în jurul gâtului. Sincer, nu ştiu dacă acest lucru mă face să am mai puţine bufeuri sau dacă atunci când e cald afară sunt mai puţin deranjată pentru că sunt mai puţine lucruri care îmi ating pielea şi m-ar putea irita. Sunt neliniştită când port o rochie frumoasă, specială, de catifea, cu mânecă lungă, pentru că atunci când mă apucă bufeurile, dorinţa de a da ceva jos este destul de puternică. Adesea mă trezesc dându-mi jos primul strat de îmbrăcăminte înainte de a sesiza cu adevărat senzaţia de căldură. Designerii ar trebui să tină cont cu adevărat de ***r*** simptomele vasomotorii. Deoarece unul dintre obiectivele tratamentului împotriva bufeurilor şi transpiraţiilor nocturne este de a diminua disconfortul pe care ele îl provoacă, este minunat dacă ai un disconfort mai mic pur şi simplu îmbrăcându-te diferit. Este în regulă şi dacă nu se întâmplă asta. Sunt bombardată zilnic cu reclame pe Instagram despre haine realizate din ţesături cu tehnologie specială de răcire. Nu este surprinzător, având în vedere

istoricul meu de navigare pe internet,
dar nu există informaţii care să arate că o ***r***
femeie va avea parte de mai puţine bufeuri sau transpiraţii nocturne dacă poartă anumite pijamale sau lenjerie intimă. Dacă o femeie consideră că un anumit material i se pare răcoros atunci când îl poartă, atunci s- ar putea să o ajute, iar faptul că se simte pregătită din punct de vedere vestimentar poate reduce stresul. Am cumpărat o pijama din mătase de la o anumită companie pentru a o încerca. Informaţiile furnizate de ***r***
producător nu m-au convins, dar ideea de mătase care se poate spăla, da. în plus, bluza are o fantă mare de aerisire în spate, iar acest element de design mi s-a părut bine gândit pentru o femeie cu simptome vasomotorii. Nu sunt sigură dacă pijamaua a schimbat situaţia, dar se simte răcoroasă pe piele, este drăguţă şi confortabilă, iar mie îmi place să o port.

Opţiunile nemedicamentoase

Terapia cognitiv-comportamentală sau TCC implică valorificarea conexiunii între minte şi corp. Acest lucru nu înseamnă că bufeurile sunt inventate sau că sunt doar „în capul nostru"; bufeurile pot avea însă un impact asupra stării noastre, lucru care se poate întâmpla şi invers, deoarece aceiaşi neurotransmitători care directionează ***r r***
gândurile şi comportamentele pot avea un impact şi asupra bufeurilor. în cazul bufeurilor, TCC implică educaţia cu privire la
ceea ce se întâmplă din punct de vedere medical, precum şi la dobândirea anumitor abilităţi care să ajute la înlocuirea oricăror convingeri negative cu unele mai optimiste sau cel puţin corecte şi obiective. De exemplu, în cazul bufeurilor, aş putea gândi: „Creierul meu pare o anticameră a iadului" şi „Asta nu se va termina niciodată". Aceste gânduri negative reprezintă nişte deformări cognitive, ceea ce înseamnă că par exacte (adică, par cu *adevărat* exacte) şi poate chiar raţionale, dar pun prea mult accent pe partea negativă. Aceste gânduri le fac în cele din urmă pe femei să se simtă şi mai rău, ceea ce poate face ca bufeurile să fie şi mai deranjante. Aceste gânduri negative pot consolida anumite părţi ale creierului implicate în transmiterea de mesaje despre bufeuri, crescând de fapt riscul sau intensitatea bufeurilor.

în cazul TCC, un obiectiv este de a învăţa să înlocuieşti deformările cognitive cu ceva corect. De exemplu, „Acţiunea asta va dura între două şi patru minute; acesta este timpul de care am nevoie pentru a mă spăla pe dinţi". Dar pentru asta ai nevoie de exerciţiu. TCC este de obicei combinată cu o f
respiraţie lentă şi profundă pentru a încetini ritmul cardiac şi a scădea tensiunea
9
arterială, diminuând unele dintre schimbările fizice ale reacţiei la stres. Nu se ştie dacă
9 *9*
TCC opreşte fizic căldurile sau dacă doar afectează percepţia creierului. Indiferent de variantă, studiile privind TCC arată că ea poate determina modificări la nivelul creierului care sunt vizibile cu ajutorul investigaţiilor imagistice. Când este predată de un psiholog clinician sau când este autodirijată acasă, TCC poate ajuta multe femei care suferă de bufeuri. Când simt că vin bufeurile, fac tot posibilul să mă opresc, să respir încet şi profund de trei ori şi să-mi spun: „Oamenii nu ar fi putut evolua până în acest punct fără puterea femeilor aflate la menopauză."

0 altă terapie minte-corp care s-a dovedit a fi eficientă în reducerea senzaţiei
f
de fierbinţeală este hipnoza clinică, care implică atingerea unei stări de relaxare foarte profundă prin lucrul cu un specialist în hipnoză, completată de exerciţiile la domiciliu.

Opţiunile nemedicamentoase care nu s- au dovedit a fi eficiente sunt exerciţiile fizice ***r***
(dar care sunt totuşi bune pentru tine!), schimbarea dietei pentru a creşte cantitatea de fitoestrogeni (vezi capitolul 19), purtarea unui magnet pe piele şi respiraţia ritmată. Respiraţia ritmată înseamnă să-ţi propui să ajungi la un interval de 15 minute în care încetineşti respiraţia până la un număr de 5- 7 respiraţii pe minut (un ritm respirator tipic este de 12 până la 16 respiraţii/minut) de două ori pe zi, precum şi la începutul fiecărei serii de bufeuri. Chiar dacă datele cu privire la respiraţia ritmată ar fi corecte, pur şi simplu nu este practic să faci o pauză de respiraţie de 15 minute la începutul fiecărei serii de bufeuri – pentru femeile care au
zece serii de bufeuri pe zi, asta ar însemna trei ore de respiraţie ritmată.

Acupunctura nu s-a dovedit a fi eficientă în studiile clinice în care a fost folosit un grup de comparaţie fictiv sau placebo. Chiar dacă unele femei declară că se simt mai bine, acest lucru se poate datora faptului că acupunctura nu înseamnă doar ace, ci şi un specialist atent, iar studiile ne spun că acest tip de prezenţă ne poate face să ne simţim mai bine. Atâta timp cât femeile sunt informate cu privire la datele ştiinţifice, dacă această opţiune le face să se simtă mal bine, este corpul lor şi alegerea lor.

Hormonii farmaceutici

Tratamentul standard pentru simptomele vasomotorii este tratamentul hormonal al menopauzei sau THM, iar estrogenul este cel care are cel mai mare efect (femeile cu uter vor avea nevoie şi de progestogen). THM şi diferitele tipuri de progestogeni sunt prezentate în detaliu în capitolele 17 şi 18. în general, recomandările sunt de a începe cu cea mai mică doză de tratament care poate ameliora simptomele.

Doze foarte mici, precum un plasture cu 0,014 mcg de estradiol, s-au dovedit a fi utile în cazul unora dintre femei, dar majoritatea au nevoie de echivalentul unei doze zilnice de 0,025 mcg. Pentru femeile care nu pot recurge la tratamentul administrat pe cale transdermică, echivalentul de estradiol oral
este de 0,5 mg şi 0,3-0,45 mg de estrogeni ecvini conjugaţi (EEC). Estradiolul şi EEC sunt la fel de eficienţi (vezi capitolul 17 pentru mai multe informaţii despre aceşti doi hormoni). De obicei, este nevoie de cel puţin şase săptămâni pentru a observa o ameliorare substanţială, ceea ce reprezintă o dovadă în plus că nu este vorba despre nivelurile de estrogen în sine, deoarece acestea sunt ridicate în primele 24 de ore de la începerea tratamentului.

Progestogenii, în special progestinele, în doza tipică utilizată în THM, pot spori efectele unei doze mici de estrogen. Aceşti hormoni pot fi o opţiune pentru unele femei când estrogenul nu se află pe lista de alegeri; de exemplu, când estrogenul, chiar şi în doze foarte mici, provoacă migrene sau alte efecte secundare ori pentru femeile cu antecedente de cancer endometrial, în cazul în care oncologul le recomandă să nu folosească estrogeni. Progesteronul administrat pe cale orală într-o doză de 300 mg pe zi (o doză mai mare decât cea utilizată de obicei în THM) poate ajuta, de asemenea, femeile care au bufeuri sau tulburări de somn. Din nefericire, atât estrogenii, cât şi progestogenii sunt contraindicaţi

femeilor cu antecedente de cancer de sân.

Medicamente fără hormoni

Când este vorba despre tratamentul medical împotriva simptomelor vasomotorii, oamenii se gândesc doar la hormoni, dar există o gamă largă de medicamente eficiente, fără hormoni, care se eliberează pe bază de reţetă. Unele femei şi unii medici se pot crampona de potenţialele efecte secundare fără a da o sansă acestor tratamente. Dar *9*
studiile ne spun că aceste variante sunt în general bine tolerate. Nu uita că nu este ca şi cum te-ai căsători cu acel medicament; un tratament poate fi întrerupt cu uşurinţă dacă nu oferă un beneficiu net pentru calitatea vieţii. Medicamentele fără hormoni includ:

f

* ANTIDEPRESIVELE. Folosirea unui antidepresiv în cazul bufeurilor nu înseamnă că o femeie este deprimată sau că bufeurile ei sunt imaginare, ci că schimbările chimice care duc la apariţia bufeurilor par să implice mulţi dintre aceiaşi neurotransmitători

9 *9*

ca în cazul depresiei. Mesilatul de paroxetină (Brisdelle) de 7,5 mg şi clorhidratul de paroxetină (Paxil) de 10-20 mg (o cantitate mai mare de 12,5 mg poate provoca mai multe efecte secundare fără a aduce beneficii suplimentare de luat în seamă) pot fi foarte utile în cazul bufeurilor şi, de asemenea, reduc episoadele de treziri pe
timpul nopţii cauzate de transpiraţiile nocturne – un bonus sigur. Nu este clar dacă există o diferenţă semnificativă, în afară de cost, între mesilatul de paroxetină şi clorhidrat. Alte antidepresive utile pentru ameliorarea bufeurilor sunt citalopramul (Celexa) de 10- 20 mg/zi, escitalopramul (Lexapro) de 10-20 mg/zi şi venlafaxina (Effexor) de 75 mg/zi. Din punct de vedere al costurilor, cea mai eficientă metodă este de a începe cu un medicament generic, atunci când este disponibil, în cazul oricăruia dintre aceste medicamente. în general, merită să începi cu cea mai mică doză şi să aştepţi 6 până la 12 săptămâni înainte de a creşte doza, dacă este necesar. Unele dintre aceste medicamente pot afecta libidoul, pot îngreuna atingerea orgasmului sau îl pot inhiba complet (acest lucru este reversibil), deci e un aspect la care trebuie să fii atentă. Consultă capitolul 15 pentru informaţii suplimentare.

* **MEDICAMENTELE ANTIEPILEPTICE.** Unele medicamente care previn convulsiile sunt utile şi în cazul *9*
simptomelor vasomotorii. Există un volum mare de informaţii f

despre Gabapentin, un medicament generic care există de zeci de ani. Doza este de obicei de 300 mg seara şi poate fi crescută, dacă este necesar, la 300 mg de trei ori pe zi. Este o doză mică pentru acest medicament, iar doza poate fi crescută dacă este necesar până la 2 400 mg pe zi. Gabapentina este utilă în special în cazul femeilor cu tulburări ale somnului ca urmare a transpiraţiilor nocturne. Efectele secundare (inclusiv cele sexuale) ale gabapentinei sunt neobişnuite pentru dozele cuprinse între 300 şi 900 mg pe zi, un dozaj care poate fi destul de eficient – în activitatea mea, am avut mult succes cu doze mici de gabapentină. La doze mai mari pot apărea sedarea, durerile de cap, ameţelile şi umflarea picioarelor. Cealaltă opţiune este pregabalina (Lyrica), care seamănă pe alocuri cu gabapentina, deşi este mai scumpă şi în Statele Unite este o substanţă listată – ceea ce

f

înseamnă că este necesară o reţetă specială, aşa cum se procedează în cazul opioidelor. Pregabalina poate fi uneori utilă când te îngrijorează anxietatea. Femeile care nu pot tolera gabapentina din cauza ameţelii sau a altor efecte secundare pot trece mai uşor peste efectele secundare cu pregabalină.

* CLONIDINA. Este un medicament pentru tensiunea arterială care le poate ajuta pe unele femei care suferă de bufeuri, dar este mai puţin eficientă decât estrogenul şi alte tratamente fără hormoni eliberate pe bază de reţetă. Pot fi necesare până la trei luni de utilizare pentru a simţi un efect. Efectele secundare pot include senzaţia de ameţeală, de gură uscată şi constipaţia.

Opţiuni cu plante medicinale

în general, aceste produse sunt insuficient studiate, iar unele nici nu au fost evaluate în mod oficial. Multe dintre studiile existente suferă de ceea ce în medicină numim vicii metodologice – ceea ce înseamnă că structura studiului este deficitară şi că nu *9*
este posibil să se ajungă la concluzii. Adesea, numărul femeilor incluse în studiu este prea mic pentru a fi semnificativ sau simptomele vasomotorii nu sunt înregistrate folosind tehnici standardizate, ori nu există un grup de control, astfel încât nu este posibilă distincţia între efectul adevărat şi cel placebo. Mulţi se întreabă de ce să nu recomandăm un placebo, ce rău ar putea
face? Nu este etic ca medicii să recomande un placebo şi, lăsând la o parte făţărnicia, aceste tratamente sunt mai puţin eficiente decât se crede, iar efectul placebo este de obicei temporar.

O altă problemă legată de aceste produse este contaminarea cu hormoni şi antidepresive – adică medicaţii care *chiar* tratează bufeurile. Femeile sunt astfel expuse, fără să ştie, la medicamente care ar putea prezenta riscuri în cazul lor. Suplimentele sunt, de asemenea, o cauză tot mai frecventă a insuficienţei hepatice şi a altor complicaţii medicale grave, fie din cauza substanţei reale din produs, fie din cauza impurităţilor (vezi capitolul 22 pentru mai multe informaţii), lată câteva dintre cele mai comune terapii cu plante medicinale utilizate adesea pentru simptomele vasomotorii şi ce se cunoaşte despre ele:

* **COHOSUL NEGRU. CunOSCUt SUb**

f

denumirea ştiinţifică *Actaea*
9 *9*

racemosa, cohoşul negru este o plantă originară din estul Americii de Nord. Indigenii nord-americani îi foloseau iniţial rădăcinile şi

J *9*

tulpinile pentru a uşura travaliul şi într-o mulţime de boli, deşi nu a fost niciodată o terapie tradiţională împotriva bufeurilor. Această plantă a intrat în enciclopedia remediilor populare americane în secolul al XIX-lea. Studiile nu arată niciun beneficiu

asociat cohoşului negru faţă de placebo şi există unele raportări de afectare a ficatului. Un studiu a arătat că 25% dintre cele 35 de suplimente cu cohoş negru din America nu conţineau deloc f

cohoş negru. Imaginează-ţi ce scandal ar fi fost dacă 25% din totalul reţetelor de antibiotice nu J
ar fi continui niciun antibiotic. J

Cercetătorii au făcut acest studiu deoarece se întrebau dacă unele dintre declaraţiile

privind efectele nocive ale cohoşului negru erau legate de contaminarea accidentală, în timpul recoltării, cu rădăcini şi tulpini de plante cu aspect asemănător, cu toxicitate cunoscută. Cohoşul negru contrafăcut conţinea plante originare din Asia, ceea ce înseamnă că acestea nu fuseseră recoltate accidental împreună cu cohoşul negru din America de Nord, ci schimbarea fusese probabil deliberată. Având în vedere că cea mai mare parte a informaţiilor nu indică niciun
J
beneficiu şi că 25% dintre
9
suplimente nici măcar nu conţin cohoş negru, îţi recomand să renunţi la el.
f
• CANABISUL. Nu există prea multe date, cu excepţia unui studiu care
urmează să fie publicat şi care afirmă că 27% dintre femei au încercat canabisul pentru ameliorarea simptomelor, faţă de 19% care au încercat THM. Este un studiu de mică amploare şi a inclus doar femei vârstnice, aşa că nu e clar dacă reflectă populaţia generală sau nu. Cel puţin acum, în anul 2020, nu există date fiabile privind eficacitatea canabisului în simptomele vasomotorii.

Canabisul este un perturbator endocrin, deci există potenţialul de a produce efecte, dar n-ar trebui să presupunem că este benefic. Este nevoie de mai multe cercetări înainte de a-l recomanda. Canabisul face parte din folclorului medical. De exemplu, există mitul conform căruia regina Victoria a folosit canabis pentru durerile menstruale. în realitate, nu a făcut-o. Acest mit a apărut în anii 1990. în cartea sa despre menopauză din secolul al XIX-lea, dr. Tilt (l-ai întâlnit în capitolul 2) a recomandat haşişul nu pentru a trata bufeurile, ci mai degrabă pentru a linişti femeile aflate la menopauză „împinse în pragul nebuniei de excitaţia ovariano-
J
uterină". (Ca o paranteză, mă întreb mereu dacă nu cumva
aceste femei care se presupune că erau supraexcitate erau cele care încă doreau să facă sex şi *9* care nu mai trebuiau să-şi mai *9*
facă griji că vor rămâne însărcinate, dar soţii lor îşi pierduseră apetitul sexual sau aveau disfunctii erectile. La urma J
urmei, lipsa sexului într-un cuplu heterosexual este adesea din cauza bărbatului.) Dr. Tilt credea despre canabis că este un anafrodiziac (diminuează apetitul sexual) pe baza observaţiei că provoacă impotenţă la bărbaţi (canabisul este asociat cu un risc crescut de disfuncţie erectilă).
• EXTRACTUL DIN POLEN. în Statele Unite, acesta este un produs numit relizen, vândut sub mai multe denumiri comerciale, care se presupune că are proprietăţi antioxidante şi antiinflamatorii.
9
Există un singur studiu de dimensiuni reduse care l-a comparat cu placebo, iar după trei luni de administrare s-a observat o ameliorare semnificativă a simptomelor vasomotorii. Nu a existat o monitorizare pe termen lung. Un singur studiu pe termen scurt nu este o bază prea solidă, dar unele femei şi-ar putea dori să îl încerce.
• HOMEOPATIA. Principiul de bază este
acela că o cantitate foarte diluată dintr-o substanţă similară într-un
J
anumit fel cu afecţiunea de bază J
este o terapie eficientă. Homeopaţii susţin că substanţa originală este diluată atât de mult încât apa îşi păstrează memoria, iar memoria substanţei originale este cea care se presupune că face ca remediul să fie eficient. De exemplu, cantităţi infime de *Candida* pentru infecţiile cu levuri sau lachesis pentru menopauză. Ce este lachesis? Venin de viperă diluat. Nu sunt pe deplin sigură în ce fel veninul viperei *seamănă* cu menopauza. Sunt tot felul de glume proaste în acest caz, toate pe seama femeilor. Homeopatia este o pseudoştiinţă, iar principiul dilutiei nu este în concordantă cu
J J
legile ştiinţifice cunoscute ale universului. Categoric nu recomand aceste tratamente.
* **SUPLIMENTELE CU FITOESTROGENI.** Aceste produse conţin o varietate de izoflavone sau alti
J fitoestrogeni. Produsele care au în componenţa lor soia, trifoi roşu, seminţe de în şi hamei se J *9*
încadrează în această categorie. Cele mai populare produse pretind că au niveluri ridicate de
genisteină şi/sau daidzeină sau metabolitul equol. Dintre toate terapiile botanice, suplimentele cu soia sunt cele mai testate. Un singur produs, S-equol, ar putea avea beneficii uşoare pentru unele femei; în rest, nu există dovezi concludente că vreunul dintre aceste produse este eficient, deşi par sigure.
• VITAMINA E. Dozele zilnice de 400
până la 800 UI (unităţi internaţionale) au rezultate mixte în cazul simptomelor vasomotorii. Dacă există vreun beneficiu, acesta este în cel mai bun caz moderat. Dozele de 400 UI pe zi sau mai mult sunt, de asemenea, asociate unui risc crescut de deces, deci vitamina E are un mare „nu" în faţă.
* DONG QUAI. Aceasta este rădăcina
uscată a plantei *Angelica sinensis* şi se găseste în mod obişnuit în J *W t f* medicina tradiţională chineză. ***r***
Dong quai nu este eficientă împotriva bufeurilor sau a transpiraţiilor nocturne şi există unele îngrijorări legate de interacţiunile potenţial periculoase cu medicamentele anticoagulante, precum şi unele probleme
neelucidate privind un risc crescut de apariţie a cancerului.
* **ULEIUL DE LUMINIŢA NOPŢII.** Acest ulei
9 *I*
este extras din seminţele luminiţei
9 *9*
nopţii sau *Oenothera biennis.* A fost folosit în multe remedii împotriva simptomelor
ginecologice, de la sindromul premenstrual la durerile sânilor şi bufeuri. în ciuda utilizării sale pe scară largă, nu există informaţii care să-i susţină eficacitatea.
9
Cercetările noi

Există cercetări care analizează substanţa
9
cu numele de fezolinetant, care are capacitatea de a linişti nervii hiperactivi din punct de vedere al temperaturii, fără influenţa estrogenului. Studiile preliminare par foarte promiţătoare – o diminuare cu 80% a bufeurilor. Aşteaptă-te să apară în curând mai multe informaţii despre acest tratament.

DE RETINUT

9

- Simptomele vasomotorii afectează 80% dintre femei şi se declanşează adesea cu ani buni f f înainte de menopauză. Durata lor medie este de şapte ani, iar în cazul multor femei acestea pot persista mult timp după menopauză.
- Estrogenul este cel mai eficient tratament pentru simptomele vasomotorii.
- Cele mai eficiente opţiuni nemedicamentoase sunt TCC şi hipnoza; acupunctura este ineficientă.
- Există mai multe tratamente fără hormoni: mesilatul şi clorhidratul de paroxetină, escitalopramul şi gabapentina în doze mici par a fi cele mai eficiente şi au cele mai favorabile f profiluri ale efectelor secundare.
- Suplimentele cu fitoestrogeni şi cohoş negru, două dintre cele mai populare terapii cu plante, nu s-au dovedit a fi eficiente în studii.

CAPITOLUL 10

Haosul menstrual

Sângerările anormale şi ce să faci în privinţa lor

Modificările sângerărilor – atât în ceea ce priveşte volumul, cât şi regularitatea – constituie o experienţă universală care conduce la ultima menstruaţie. S-ar putea să nu pară normal, mai ales pentru femeile care au avut menstruaţii regulate până în acest moment al vieţii lor, dar este ceva tipic. Atât de tipic, încât neregularitatea menstruaţiilor este unul dintre semnele medicale care indică faptul că se apropie ultima menstruaţie (vezi capitolul 3).

Din punct de vedere medical, sângerările anormale contează din mai multe motive. Ele pot fi un semnal de avertizare în cazul altor probleme medicale, cum ar fi cancerul endometrial (cancerul mucoasei uterine) şi afecţiunile tiroidiene. Volumul de sânge pierdut din cauza sângerărilor anormale poate fi îngrijorător din punct de vedere medical.

Există, de asemenea, impactul asupra calităţii vieţii, care nu trebuie niciodată subestimat. Nu e nevoie să distrugi prea multă lenjerie intimă înainte de a fi la pământ cu psihicul. Orice persoană care minimizează importanţa uzurii mintale continue cauzate de sângerările neregulate ar trebui să fie obligată să poarte măcar vreo doi *ani* un dispozitiv ataşat pe pelvis, prin care să se scurgă sânge, intermitent, şi abia apoi să vină să mă întrebe dacă este într-adevăr *atât* de rău.

Unele femei pot avea doar câteva menstruaţii absente sau pot avea doar una sau două menstruaţii mai abundente. Altele ***r***
au numeroase sângerări neregulate, însă nu li se mai par problematice odată ce ştiu că experienţa lor este tipică şi că leziunile precanceroase şi cancerul au fost eliminate ca posibile cauze. Multe femei doresc un tratament pentru că sângerările sunt deranjante, iar altele pot avea nevoie de tratament pentru că sunt îngrijorătoare din punct de vedere medical. Reacţiile femeilor când se confruntă cu sângerările sunt la fel de diverse precum tiparele de sângerare din perioada de tranziţie spre menopauză.

Nu ai cum să diagnostichezi cauza sângerărilor anormale ale unei femei fără să stai de vorbă cu ea şi să-i asculţi istoricul medical, fără să faci un examen fizic şi poate chiar să îi recomanzi unele teste.

Scopul acestui capitol este de a trece în revistă tiparele de sângerare şi motivele pentru care se produc, ce trebuie să ne îngrijoreze şi de ce, şi de a explica testele şi tratamentele obişnuite, astfel încât femeile să poată înţelege ce se întâmplă cu corpul lor şi să se simtă încurajate să ceară singure să se ia măsurile necesare.

Sângerările menstruale anormale – ce înseamnă ele, mai exact?

Sângerările menstruale sunt considerate anormale atunci când nu urmează un tipar regulat sau sunt prea abundente. Un tipar obişnuit de sângerare este o menstruaţie la fiecare 24 până la 38 de zile, de la începutul unui ciclu menstrual până la prima zi de sângerare din ciclul următor. Un tipar de sângerare anormal poate fi un ciclu neregulat, ceea ce înseamnă o diferenţă de mai mult de şapte zile de la un ciclu la altul; de exemplu, un interval de 25 de zile între prima zi a menstruaţie! pentru un ciclu este urmat de unul de 37 de zile pentru următorul ciclu. Alte tipare anormale de sângerare includ menstruaţiile frecvente (la 23 de zile sau mai puţin), un interval lung între menstruaţii (mai mult de 38 de zile), absenţa menstruaţiilor, sângerări bruşte între menstruaţii (sângerări intermenstruale) şi sângerări după sex (sângerări postcoitale).

Din punct de vedere al volumului, o menstruaţie normală înseamnă pierderea între 30 şi 80 de mililitri de sânge – ştiu, adesea pare mult mai mult. Măsurarea precisă a pierderilor de sânge menstrual nu este practică din motive evidente, aşa că pierderile de sânge sunt considerate abundente în următoarele situaţii:

r

- Scurgerea prin produsele menstruale suficient de abundentă încât să îmbibe hainele sau aşternutul;
- Necesitatea de a schimba un produs menstrual îmbibat la fiecare oră timp de mai multe ore;
- Cheaguri mai mari decât o monedă;
- Sângerare mai lungă de şapte zile.

Am întrebat multe paciente dacă au menstruaţii abundente şi am primit un răspuns negativ, dar când le-am întrebat dacă li se pătează hainele sau dacă au hemoragie, mi-au răspuns că da. Acest lucru nu înseamnă că ele nu sunt conştiente de

9 propriul corp; o asemenea sângerare abundentă este tipică acelei femei şi îngrijorărilor ei cu privire la nivelul de sângerare care au fost anterior respinse în mod eronat de către un medic sau un părinte. Personal, prefer cuvântul „şuvoi" pentru a descrie menstruaţiile abundente, deoarece se pare că majoritatea femeilor înţeleg că asta înseamnă că li se îmbibă hainele cu sânge sau că sunt pe punctul de
a suferi un IMC – un incident menstrual critic.

Cantitatea de sânge pierdută la fiecare menstruaţie creşte adesea în timpul tranziţiei

spre menopauză, ceea ce este o surpriză pentru unele femei. Ruşinea de natură culturală pe care femeile sunt nevoite să o îndure în legătură cu menstruaţiile abundente le împiedică adesea să discute cu alte femei despre experienţele lor şi, mult prea des, cadrele medicale nu reuşesc să le informeze la ce să se aştepte sau resping ceea ce li se relatează. Să le faci pe femei să simtă că trupul lor este defect şi că sunt singurele care au o menstruaţie abundentă, deşi este un fapt des întâlnit, este o formă de opresiune.

îmi amintesc că înainte să împlinesc 50 de ani eram într-un club de noapte şi m-am trezit din senin că mi-a venit menstruatia. M- *r* am dus la toaletă şi i-am cerut un tampon unei femei care părea cu vreo 20 de ani mai tânără. Foarte amabilă, ea mi-a întins un tampon de mărime normală. M-am străduit să nu râd de cât de mic părea, căci cum putea el face faţă menstruaţie! mele abundente şi mature? Dar am zâmbit la

9

rândul meu, pentru că asta arăta că, probabil, tânăra credea că sunt mult mai tânără. La vârsta de 47 de ani, mottoul meu era „Alege tampoane uriaşe sau las-o baltă!". Am profitat de ocazie pentru a le explica acestei tinere şi prietenelor sale despre menstruaţia mai abundentă care apare în

preajma vârstei de 50 de ani, iar ele au făcut ochii mari.

Nu ar trebui să existe sângerări uterine după menopauză, astfel încât toate sângerările care apar după ultima menstruaţie sunt considerate anormale.

f

Când menstruaţiile sunt foarte neregulate, aşa cum se întâmplă frecvent în tranziţia spre menopauză, putem confunda uşor sângerarea de după menopauză cu o altă menstruaţie neregulată, întârziată. Acest lucru este valabil mai ales în cazul femeilor cu afecţiuni medicale care afectează ***r***

ovulaţia, cum ar fi sindromul ovarelor polichistice sau SOP, la unele dintre ele putând trece de obicei opt luni sau mai mult între menstruaţii. De asemenea, nu toate femeile îşi urmăresc menstruaţia în timpul tranziţiei spre menopauză. Nici măcar ginecologele. Să fi fost ultima menstruaţie acum 7 luni, acum 13 luni sau acum 19 luni? Hm, poate? în situaţiile în care momentul ultimei menstruaţii nu este clar, este întotdeauna mai bine să se dea dovadă de prudenţă şi să se trateze sângerarea ca fiind anormală, deoarece un cancer în stadiu precanceros sau un cancer nedepistat ar fi devastator.

Cancerul endometrial

Acesta este un cancer al mucoasei uterine. Deşi este mai frecvent după menopauză, ar trebui să fie întotdeauna luat în considerare

ca o cauză potenţială a sângerărilor uterine anormale în timpul tranziţiei spre menopauză. Există mai multe tipuri de cancer endometrial, dintre care cel mai frecvent este carcinomul endometrioid. Atunci când este depistat la timp, acest tip de cancer are un procentaj de supravieţuire de 90%. Unii factori care cresc riscul de apariţie a cancerului endometrial sunt legaţi de expunerea crescută la estrogeni, cu un progestogen (progesteron sau progestin) insuficient pentru a contracara acest efect. Acesta este motivul pentru care administrarea de estrogen în THM fără un progestogen adecvat (vezi capitolul 17) şi obezitatea (un indice de masă corporală sau IMC de 30 sau mai mare) sunt asociate acestui cancer. Alti factori de risc includ

9

diabetul de tip 2, medicamentul Tamoxifen (vezi capitolul 5) şi factorii genetici. Contracepţia hormonală – inclusiv DIU- cu levonorgestrel – scade riscul.

Această legătură între obezitate şi cancerul endometrial există deoarece ţesutul adipos produce estrogen prin intermediul enzimei aromatază (vezi capitolul 3), deci cu cât IMC este mai mare, cu atât se produce mai mult estrogen. Pentru fiecare creştere de 5 unităţi a IMC, riscul apariţiei cancerului endometrial creşte cu aproximativ 50%. Este important ca femeile să cunoască această legătură între obezitate şi cancerul endometrial la fel cum

9

cele cu antecedente familiale de

osteoporoză ar trebui să ştie despre riscul lor crescut – cunoaşterea le permite femeilor să facă alegeri informate. Din nefericire, doar aproximativ 50% dintre femei sunt conştiente de legătura dintre obezitate şi cancerul endometrial, şi din această cauză s-ar putea să nu solicite testarea în cazul în care au sângerări anormale sau un tratament (progestogeni) pentru a-şi reduce riscul. Dar dacă ştiu despre această legătură, unele femei ar putea chiar încerca să slăbească, ceea ce poate fi, de asemenea, util. Se pare că mulţi medici ezită să discute despre această legătură. într-un studiu efectuat pe femei cu cancer endometrial, doar 30% fuseseră informate de către medicul lor despre legătura dintre acest tip de cancer şi obezitate. Conversaţiile despre greutatea corporală pot fi dificile, dar se pare că femeile fie nu primesc nicio informaţie, fie sunt făcute să se ruşineze din cauza kilogramelor în plus, iar niciuna dintre aceste variante nu este de acceptat.

O ecografie poate fi utilă pentru a exclude cancerul endometrial la femeile care au sângerări după ultima menstruaţie, dar din acest motiv nu este utilă înainte de menopauză. Şi asta pentru că grosimea mucoasei uterului este cea investigată la ecografie pentru a stabili riscul de cancer, mucoasă care înainte de menopauză este în mod normal îngroşată din cauza ciclului menstrual. După menopauză, mucoasa ar

trebui să fie subţire, astfel încât ecografía este mult mai utilă.

Atunci când ecografía nu poate fi folosită pentru depistarea cancerului endometrial (înainte de menopauză) sau când se detectează ecografic îngroşarea mucoasei după menopauză, este nevoie de o mostră de ţesut din mucoasa uterului pentru diagnosticare.

Sângerările anormale între vârsta de 40 de ani şi menopauză. Cum să gândeşti ca un ginecolog

Aminteşte-ţi de analogia noastră cu cărămizile şi mortarul pentru ciclul menstrual (capitolul 3). Estrogenul construieşte căptuşeala (pune cărămizile), iar progesteronul secretat la ovulaţie stabilizează mucoasa (mortarul). Producţia de progesteron se opreşte când nu există o sarcină, mucoasa se destabilizează şi se desprinde, expunând vasele de sânge care sângerează. Sângele menstrual este o combinaţie dintre endometru (mucoasa) şi acest sânge din vase. Uterul opreşte sângerarea cu contracţii puternice care comprimă vasele de sânge, aplicând în esenţă o presiune, aşa cum ai face atunci când te strângi de nas dacă acesta sângerează. Presiunea încetineşte sângerarea dând o şansă mecanismelor de coagulare a sângelui (sistemul de

coagulare) să acţioneze şi sângerarea se opreşte.

Ţinând cont de acest lucru, cauzele principale ale sângerărilor anormale pornesc din:

• ENDOMETRU: mucoasa uterului este fie prea groasă, fie prea subţire. Modificările hormonale

sunt cea mai frecventă cauză. Polipii (vezi figura 10) sunt excrescenţe localizate ale mucoasei uterine care atârnă de o tulpină (riscul lor de a fi canceroşi este de J aproximativ 1%). Contracepţia

hormonală şi tratamentul *f* hormonal al menopauzei pot afecta, de asemenea, endometrul (mucoasa), la fel şi suplimentele care au fost modificate cu hormoni. Cancerul şi modificările *t* precanceroase sunt întotdeauna un aspect de luat în considerare, la fel ca infecţiile, deşi acestea sunt mai puţin frecvente.

Figura 10. Sursele sângerărilor menstruale anormale: fibroamele şi polipii

- **MIOMETRUL MUŞCHIULUI UTERIN :**

f

fibroamele, cunoscute sub denumirea medicală de leiomioame, care sunt tumori benigne ale muşchiului uterin, şi adenomioza, o afecţiune în care mucoasa uterină se dezvoltă în muşchi (vezi figura 10). Mai multe despre aceste două afecţiuni în curând.

* **PROBLEMELE LEGATE DE CAPACITATEA DE**

COAGULARE A SÂNGELUI: în Cazul femeilor cu vârsta de 40 de ani sau mai mult, acest lucru este aproape întotdeauna din cauza medicamentelor anticoagulante (cunoscute şi ca agenţi de subţiere a sângelui), cum ar fi cele cu rivaroxaban, warfarină şi apixaban. Şi aspirina poate influenţa sângerarea, la fel ca multe suplimente, fie pentru că ingredientele vegetale afectează sistemul de coagulare sau interactionează cu medicamentele anticoagulante, fie pentru că ele au fost contaminate de medicamente eliberate pe bază de retetă.

Culoarea sângelui nu semnalează cauza sângerării, dar tiparul sau volumul acesteia poate ajuta medicul să te orienteze într-o direcţie sau alta. (Vezi tabelul suplimentar de la pagina 449.)

Dar cum rămâne cu menstruatiile absente?

Menstruatiile absente – două, trei, chiar cinci la rând – reprezintă o parte normală a tranziţiei spre menopauză. Dacă fiecare femeie cu menstruaţii absente ar fi evaluată, atunci ea ar avea nevoie de mai multe evaluări pe parcursul tranziţiei. Aşadar, răspunsul cu privire la cine are nevoie de o evaluare este că depinde de riscul de apariţie a cancerului şi de probabilitatea ca o altă afecţiune medicală care nu are legătură cu menopauza să fie cauza.

Este sângerarea altminteri un flux normal, fără sângerări între menstruaţii?

Aceasta este probabil tranziţia spre menopauză, dar orice sângerare atipică trebuie semnalată medicului, deoarece femeile cu factori de risc pentru cancer/leziuni precanceroase ar putea avea nevoie de evaluări, mai ales dacă menstruatiile sunt mai abundente sau mai f puţin abundente decât în mod normal.

Amenoreea hipotalamică este o afecţiune care poate fi confundată cu menopauza. Ea implică afectarea trimiterii semnalelor de la creier la ovar, astfel încât nu există niciun factor declanşator care să

I

declanşeze dezvoltarea unui folicul în

I

fiecare lună. Rezultatul este un nivel scăzut de estrogen şi absenta menstruatiei sau menstruaţiile rare. Amenoreea hipotalamică este cel mai adesea cauzată de stres, de tulburările de somn, de pierderea în greutate, de exerciţiile fizice excesive, dar poate fi declanşată de orice boală. Nivelurile de

I

estrogen sunt scăzute, la fel ca în cazul menopauzei, dar, spre deosebire de aceasta, nivelurile hormonului de stimulare foliculară (FSH) sunt, de asemenea, scăzute. Diagnosticarea amenoreei hipotalamice este importantă, deoarece nivelurile scăzute de estrogen cresc riscul de apariţie a osteoporozei.

Episoade de supraîmbibare

Unele femei pot avea un episod de sângerare atât de abundentă în timpul tranziţiei spre menopauză, încât este nevoie de îngrijire imediată sau de intervenţie de urgenţă. Acest lucru se poate întâmpla din senin sau poate surveni pe fondul unui tipar de sângerări neregulate şi/sau abundente. Oricum ar fi, este înfricoşător să vezi atât de mult sânge şi este îngrijorător din punct de vedere medical. Dacă sângele trece prin tampon în decurs de o oră sau la fiecare două ore ori sângerarea te îngrijorează, este timpul să vorbeşti urgent cu un medic sau să ceri asistentă medicală.

Haosul menstrual. înţelegerea evaluării

Modul în care este evaluată fiecare femeie în parte depinde de mai mulţi factori, inclusiv de vârstă, dar fără a se limita la aceasta, de faptul că ia sau nu ia hormoni ori alte medicamente, inclusiv suplimente, de tiparele de sângerare anterioare, de alte afecţiuni medicale şi de istoricul familiei. De exemplu, polipii nu sunt o cauză frecventă a sângerărilor, dar o femeie care ia Tamoxifen ar trebui să fie investigată pentru depistarea unui polip, indiferent de tiparul ei de sângerare, deoarece acest medicament creste în mod semnificativ riscul de a face

I

polipi. De asemenea, este important să se ia în considerare colul uterin ca o cauză a sângerărilor, iar testele de depistare a cancerului de col uterin să fie făcute la timp.

De obicei, un examen fizic poate să excludă colul uterin drept cauză probabilă a sângerărilor şi să ofere certitudinea că sângele nu provine din vagin sau vulvă. Un examen pelvian va arăta dacă uterul este mărit, trezind suspiciunea existenţei unor fibroame sau a adenomiozei. Dacă testele de depistare a cancerului de col uterin nu sunt la zi, ele trebuie efectuate. Pot fi recomandate analize de sânge pentru a se asigura că pierderea de sânge nu este îngrijorătoare din punct de vedere medical şi pentru a evalua funcţia tiroidiană şi nivelul unui hormon numit prolactină (nivelurile ridicate pot semnala o afecţiune medicală care influenţează sângerările menstruale). Este *întotdeauna* important să se excludă sarcina. în funcţie de factorii individuali, se pot recomanda şi alte teste, de exemplu, cele pentru depistarea problemelor tiroidiene.

0 ecografie transvaginală poate fi necesară pentru evaluarea formei şi mărimii uterului, identificând potenţialele cauze ale sângerărilor, cum ar fi fibroamele, polipii şi adenomioza, dar de multe ori se pot recomanda unele tratamente fără ecografie. 0 probă de ţesut din mucoasa uterină poate fi necesară pentru a exclude cancerul sau leziunile precanceroase. Proba poate fi obţinută în cabinet cu ajutorul unui mic dispozitiv asemănător unui pai trecut prin colul uterin în uter, numit biopsie endometrială, sau în sala de operaţii, printr-o procedură numită dilatare şi chiuretaj. Fiecare procedură are avantaje şi dezavantaje, iar cea care se potriveşte cel mai bine unei anumite femei va depinde de multi factori individuali.

f

0 biopsie endometrială presupune să fii trează în cabinet şi este similară în multe

I

privinţe cu inserarea unui sterilet. Unele femei o consideră uşor inconfortabilă, iar altele, foarte dureroasă. Din nefericire, au fost investigate multe opţiuni pentru a reduce durerea provocată de această procedură şi niciuna nu este deosebit de utilă. Tehnicile discutate pentru controlul durerii în cazul inserţiei DIU în capitolul 23 pot fi aplicabile aici. Din păcate, multor

femei nu li se oferă nicio opţiune de a opri procedura atunci când o biopsie endometrială este prea dureroasă, iar acest lucru le poate face pe unele să evite testul în viitor, atunci când este indicat, fiind expuse la riscul de a trece cu vederea un cancer.

Modul în care se desfăşoară aceste

I

teste – indiferent care sunt cele de care o femeie poate avea nevoie şi în ce ordine trebuie efectuate – depinde de mulţi factori şi depăşeşte scopul acestei cărţi.

Spune-mi mai multe despre sângerările hormonale

Haosul hormonal al tranziţiei spre menopauză poate conduce la niveluri ridicate de estrogen, scăzute de progesteron sau ambele. Acest lucru poate provoca un fel de situaţie de tip Goldilocks în cazul endometrului – prea gros, prea subţire sau lipsit de control (gândeşte-te la instabilitatea unui zid de cărămidă construit la întâmplare sau la o construcţie din cărămidă de proastă calitate). Practic, niciodată nu este aşa cum trebuie. O mucoasă groasă sau care se dezvoltă necontrolat poate provoca sângerări abundente şi/sau mai îndelungate, iar când bucăţi din ea se desprind intermitent (gândeşte-te la secţiuni ale unui zid de cărămidă care sunt instabile), rezultatul sunt sângerările neregulate. Acestea pot fi şi rezultatul unei ovulaţii neregulate. Iar dacă mucoasa este prea subţire din cauza nivelurilor scăzute de J

estrogen ca urmare a perioadelor prelungite lipsite de ovulaţie, atunci mucoasa uterului devine sensibilă, ceea ce duce la sângerări.

Necesitatea ca o femeie să facă sau nu o ecografie depinde de mulţi factori, dar în cazul unui uter de dimensiuni normale şi al

I unei preocupări scăzute cu privire la cancer/leziunile precanceroase, poate că ar fi mai bine ca întâi să se înceapă tratamentul şi apoi, dacă acesta este ineficient, să se facă o ecografie. Chiar dacă femeile au fibroame sau adenomiozâ – alte cauze ale menstruaţiilor abundente care pot fi identificate la ecografie –, tratamentele medicale iniţiale sunt de obicei aceleaşi ca f I

în cazul sângerărilor hormonale.

Prima serie de opţiuni de tratament pentru sângerările hormonale include:

* DIU cu LEVONORGESTREL. Este cel mai

eficient tratament medical în cazul menstruatiilor abundente

J

reduce pierderile de sânge cu 70 până la 80% per ciclu şi poate fi util în cazul menstruatiilor J neregulate, oprindu-le complet. în plus, poate ameliora durerile menstruale. Pentru informaţii f suplimentare, vezi capitolul 23.

- ACIDUL TRANEXAMIC. Acest tratament

favorizează coagularea sângelui şi se ia timp de cinci zile pe perioada ciclului menstrual, chiar în timpul sângerărilor. Acesta reduce

pierderile de sânge cu până la 50% per ciclu. Multor femei le place ideea unui medicament pe care îl iau doar atunci când au sângerări.

- **CONTRACEPTIA HORMONALĂ.** Aceasta

J

include anticoncepţionalele care conţin estrogen, plasturele, inelul vaginal, anticoncepţionalele care conţin doar progestin, precum şi acetatul de medroxiprogesteron de tip injecţie. Implantul este mai puţin eficient în controlul sângerărilor neregulate şi, în consecinţă, nu este recomandat în acest caz. Pierderile de sânge pot fi reduse cu 50% sau mai mult, în funcţie de metode. Contracepţia hormonală cu estrogen poate trata atât menstruaţiile abundente, cât şi pe cele neregulate şi, de asemenea, reduce crampele menstruale şi tratează bufeurile.

I

Pentru mai multe informaţii f despre aceste medicamente, vezi capitolul 23.

- **MEDICAMENTELE ANTIINFLAMATOARE NESTEROIDIENE.** CunOSCUte Şi SUb numele de AINS, acestea sunt medicamente antiinflamatoare împotriva durerilor, disponibile în Statele Unite fără reţetă, iar în doze mai mari pe bază de reţetă. Ibuprofenul şi naproxenul sodic

sunt două exemple comune. Când tratamentul cu unul dintre ele este început cu una sau două zile înainte de menstruaţie, poate reduce cantitatea de sânge la aproape 80% dintre femei. Cantitatea nu scade la fel de mult ca în cazul celorlalte metode enumerate, dar poate ajuta multe femei şi reduce şi crampele menstruale.

- PROGESTOGENII. Când menstruatiile

J sunt neregulate şi abundente, un progestogen administrat pe cale orală în doza potrivită între 11 şi 21 de zile pe lună poate adesea să regleze ciclurile şi să reducă cantitatea de sânge pierdut. Progestinele sunt mai eficiente în acest caz decât progesteronul. Pentru mai multe informaţii f despre progestogeni, consultă capitolele 17 şi 18.

- THM STANDARD. Tinde să fie mai puţin

eficient în controlul acestui tip de sângerare. Vezi capitolele 17 şi 18.

Când tratamentul medical nu este eficient, există opţiuni chirurgicale. Majoritatea specialiştilor recomandă insistent între 3 şi 6 luni de tratament I
medicamentos şi, de preferinţă, încercarea a cel puţin două medicamente înainte de a opta pentru o procedură chirurgicală. Deşi numărul complicaţiilor apărute în urma unei intervenţii chirurgicale este scăzut, totuşi, ele mai apar uneori, iar eu încurajez femeile să se gândească la cum s-ar simţi dacă ar avea o complicaţie chirurgicală şi nu au încercat anterior un tratament medicamentos. în fond, este corpul femeii şi alegerea ei.

Ablaţia endometrială este o procedură prin care se distruge mucoasa uterină. Se poate face în sala de operaţie sau în cabinet, în funcţie de metoda aleasă şi de
J I
preferinţele pacientei. Această procedură este indicată doar atunci când cancerul/leziunile precanceroase au fost excluse. Deşi unele femei nu mai au
I
menstruaţie după această procedură, multe vor continua să sângereze, doar că sângerarea nu va mai fi abundentă. Procentele care reprezintă succesul variază în funcţie de procedura aleasă. Femeile mai tinere de 45 de ani şi cele cu menstruaţii dureroase sunt mai înclinate să fie nemulţumite de rezultat.
J

Procedura definitivă este histerectomia, care poate fi realizată de obicei pe cale vaginală sau cu laparoscopul, ceea ce înseamnă două sau trei incizii mici în abdomen. Numărul histerectomiilor este mai mare în Statele Unite fată de alte ţări f J
industrializate. Deşi această situaţie este pe de o parte urmarea faptului că unii ginecologi recomandă intervenţia chirurgicală în detrimentul tratamentului
medicamentos şi chiar şi rasismului, unele femei doresc pur şi simplu o histerectomie pentru că vor să „se termine" cu sângerările. în timp ce unele dintre ele pot fi convinse să încerce tratamentul medicamentos prin sublinierea eficientei tratamentului f
nechirurgical, este important să ne amintim că americancele trebuie să plătească mult mai mult pentru îngrijirea lor medicală în comparaţie cu femeile din Europa, cu care sunt adesea comparate în studiile privitoare la numărul histerectomiilor.

în Statele Unite, femeile fără asigurare pot ajunge să plătească peste 1 000 de dolari pentru un DIU Mirena şi 150 de dolari pe lună pentru acidul tranexamic. Chiar dacă femeile au o asigurare bună, aceste opţiuni pot costa foarte mult în copiată. La acestea se adăugă costul vizitelor la cabinet, al ecografiilor şi al altor teste care pot fi necesare, iar acest lucru ar putea însemna sute sau chiar mii de dolari, în funcţie de asigurare, un proces care ar putea dura mai mulţi ani. Şi ce se întâmplă dacă plăteşti toţi aceşti bani şi încă sângerezi? Având în vedere sistemul american bizar, copiata pentru medicamente care tratează sângerările ar putea fi mai mare decât copiata pentru o histerectomie, astfel încât aspectul financiar încurajează femeile să se opereze. Unul dintre multele adevăruri triste despre asistenţa medicală americană este că femeile nu-şi permit întotdeauna ceea ce noi, medicii, recomandăm ca opţiune de primă linie, sau nu-şi pot asuma riscul ca
tratamentul nechirurgical să nu fie eficient, în Marea Britanie, fiecare tratament enumerat în acest capitol nu presupune nicio cheltuială din buzunarul pacientei, iar în majoritatea ţărilor europene există asistenţă medicală universală care acoperă o parte dintre aceste cheltuieli sau pe toate.

Şi există şi concediul medical – angajaţi! cu normă întreagă din Statele Unite au în medie opt zile de concediu medical pe an. Aproape 40% dintre americanii care muncesc nu au concediu medical deloc, iar în sectoarele cu salarii mai mici, acest procent este aproape dublu. în Marea Britanie şi în majoritatea celorlalte ţări europene angajaţi! au concediu medical plătit şi, bineînţeles, nimeni nu îşi face griji că îşi va pierde asigurarea de sănătate dacă, dintr-un motiv oarecare, va fi nevoit să îşi părăsească locul de muncă pe motiv de boală. Multe femei se pot întoarce la muncă la o săptămână după o histerectomie (în funcţie de tipul intervenţiei chirurgicale), iar cele mai multe, la două-trei săptămâni. Repet, având în vedere multiplele vizite la cabinet care pot fi necesare pentru gestionarea sângerărilor anormale, timpul liber ar putea fi un factor care să le determine pe unele femei să aleagă intervenţia chirurgicală.

Femeile care se apropie de vârsta de 50 de ani care sunt îngrijorate de sângerări pot gândi diferit în ceea ce priveşte încercarea opţiunilor medicamentoase faţă de femeile de 40 de ani care ar putea fi nevoite să ia
aceste medicamente pentru o perioadă mai lungă. Aceasta ar putea fi o situaţie în care dezvoltarea unei analize de sânge precise pentru anticiparea timpului rămas până la ultima menstruaţie ar putea fi utilă. De exemplu, dacă ar exista un test care ar putea prezice cu exactitate că menopauza este la doi ani distanţă, în loc de cinci ani, acest lucru ar putea afecta modul în care o femeie de peste 40 de ani se gândeşte la o intervenţie chirurgicală. Ceea ce ştim acum este că, odată ce o femeie are 60 de zile sau mai multe între menstruaţii, este foarte probabil ca menstruaţia să se oprească în decurs de patru ani.
Mai multe despre fibroame
Fibroamele – cunoscute din punct de vedere medical sub numele de leiomioame – sunt tumori benigne (necanceroase) ale muşchiului uterului sau miometrului (vezi figura 10). Acestea pot provoca sângerări abundente, menstruaţii dureroase şi, atunci când sunt foarte mari, pot exercita presiune asupra vezicii urinare cauzând disconfort sau nevoia de a merge mai des la toaletă. Creşterea fibroamelor este influenţată de
9 *9*
estrogen, aşa că aproape întotdeauna acestea se micşorează după menopauză, când nivelul lui scade. Cantitatea mică de estrogen din THM nu este suficientă pentru a declanşa mărirea lor.
9

Aproape 70% dintre femeile caucaziene şi 80% dintre cele de culoare au cel puţin un fibrom până la vârsta de 50 de ani. Nu se ştie de ce atât de multe femei fac fibroame, dar o teorie este legată de capacitatea uterului de a se reface după sarcină – întinderea uterului pentru a găzdui un făt în creştere şi placenta traumatizează ţesutul, astfel că un mecanism

de refacere este esenţial pentru a permite sarcini repetate. Este posibil ca, în cazul fibroamelor, mecanismele de refacere să fie declanşate
9 în mod necorespunzător, ceea ce conduce la acumularea de tesut muscular în exces.
r
Fibroamele apar adesea mai devreme şi provoacă mai multe simptome în cazul femeilor de culoare. Deşi motivele acestei
9
diferente nu sunt cunoscute în totalitate şi
9 *9*
este posibil ca factorii sociali determinanţi ai sănătăţii să joace un rol, este mai probabil ca fibroamele femeilor de culoare să aibă niveluri ridicate ale enzimei aromatază, care este esenţială în producţia locală de estrogen. Cu mai mult estrogen produs la nivel local, fibroamele pot creşte mai repede, producând mai multe simptome şi cauzând probleme femeilor mai tinere.

Fibroamele constituie o mică enigmă. Dimensiunea lor nu este întotdeauna un indicator de încredere că fibromul provoacă simptome, aşa că este greu de ştiut de ce unele sunt problematice, în timp ce altele sunt inofensive. Fibroamele pot provoca sângerări abundente prin împiedicarea mecanică a uterului de a se contracta pentru
a reduce fluxul de sânge, dar cum ele pot afecta comportamentul vaselor de sânge, este probabil să existe şi alte moduri prin care să influenţeze sângerarea. Fibroamele care deformează mucoasa uterului se numesc submucoase, iar cele încorporate în muşchiul uterului sunt cunoscute sub
9
numele fibroame intramurale; acestea sunt cele mai susceptibile să provoace sângerări menstruale anormale (vezi figura 10). Uneori, fibroamele pot scădea aportul de sânge şi ţesutul începe să moară, ceea ce este foarte dureros. Fibroamele nu devin canceroase, dar există o tumoră malignă foarte rară a muşchiului uterin, numită sarcom, care poate fi confundată cu un fibrom. Mult sub 1% dintre fibroame sunt sarcoame. Riscul de sarcom creste odată cu
9
vârsta, iar la ecografie se pot observa elemente care să crească sau să scadă suspiciunea. Un fibrom care creşte rapid poate fi mai îngrijorător în ceea ce priveşte cancerul, deşi, chiar şi atunci, riscul absolut ca acesta să fie un sarcom rămâne scăzut.

Aud adesea femei care întreabă de ce există atât de puţine variante de tratament împotriva fibroamelor. Dar în realitate există o mare varietate de opţiuni, inclusiv unele medicamente pentru limitarea sângerărilor şi chiar pentru micşorarea fibroamelor, proceduri pentru micşorarea lor şi intervenţii chirurgicale – fie pentru îndepărtarea fibroamelor, fie histerectomia. în cazul în care comparăm fibroamele cu un tip similar de afecţiune la bărbaţi, hipertrofia benignă a
prostatei, care este o creştere excesivă şi benignă a ţesutului din prostată, gama de tratamente este în esenţă identică. Mă întreb
J
dacă unele femei rămân cu impresia că există puţine opţiuni de tratament, deoarece sângerarea lor a fost respinsă ca fiind „nu atât de gravă" sau din cauză că nu s-a discutat niciodată cu ele despre întreaga gamă de opţiuni de tratament.

Opţiunile de tratament în cazul fibroamelor includ toate medicamentele discutate anterior pentru sângerările hormonale, deşi femeile care au o cavitate uterină foarte deformată din cauza fibroamelor pot să nu fie candidate pentru DIU hormonal, deoarece s-ar putea să nu se fixeze bine. 0 altă opţiune este un medicament numit analog GnRH, care afectează semnalarea de la creier la ovar, creând o menopauză chimică reversibilă (discutată anterior în capitolul 5). Acest tratament a fost până de curând disponibil doar sub formă injectabilă, dar acum există şi o pastilă. Analogii GnRH sunt foarte eficienţi în diminuarea sângerărilor cauzate de fibroame. Ei pot fi o punte pe termen scurt pentru a opri sângerările în timp ce se efectuează teste sau înainte de o intervenţie
J chirurgicală, dar pot fi şi o opţiune pe termen mai lung şi se poate adăuga THM pentru a preveni pierderea de masă osoasă şi alte simptome ale menopauzei.

Printre procedurile şi intervenţiile chirurgicale în cazul fibroamelor se numără:

- **ÎNDEPĂRTAREA CHIRURGICALĂ A FIBROAMELOR,** numită
miomectomie. Uneori, aceasta se poate face cu ajutorul unui laparoscop introdus în cavitatea uterină prin vagin, dar alteori este nevoie de o intervenţie
f chirurgicală abdominală. Este posibil ca aceasta să nu fie o procedură definitivă, deoarece pot exista fibroame minuscule care nu sunt vizibile, care cresc şi iau locul celor îndepărtate chirurgical.
- **EMBOLIZAREA ARTERELOR UTERINE (EAU).**

O procedură prin care un radiolog identifică principalele vase de sânge care alimentează fibromul şi injectează o substanţă specială pentru a bloca fluxul de sânge, determinând moartea fibromului. Acest lucru poate provoca dureri destul de puternice, care pot dura câteva zile. Un studiu a comparat îndepărtarea chirurgicală a fibroamelor versus EAU şi a arătat *9*
că, în cazul intervenţiei chirurgicale, calitatea vieţii era mai bună la doi ani după intervenţie, dar multe femei sunt foarte mulţumite de rezultatele obţinute J J
după EAU. Procentele reprezentând apariţia
complicaţiilor sunt similare pentru ambele proceduri.

- **CHIRURGIA CU ULTRASUNETE FOCALIZATE**

(CUF). Cu ajutorul unei investigaţii RMN, se depistează cu precizie fibromul şi structurile care trebuie
9
evitate, cum ar fi intestinul şi vezica urinară, iar un ecograf furnizează unde sonore care încălzesc şi distrug fibromul.

- HISTERECTOMIA. îndepărtarea uterului
este cea mai eficientă şi imediată
9
formă de tratament.

Un aspect de luat în considerare este că astfel de proceduri sunt asociate cu vârste mai mici pentru menopauza naturală (vezi analiza din capitolul 5). Luarea unei decizii care priveşte o intervenţie chirurgicală este complexă şi implică încercarea în prealabil a

tratamentelor anterioare, dorinţa de a păstra uterul, ceea ce există la nivel local, alte afecţiuni medicale care pot face ca unele proceduri să fie mai riscante decât altele şi timpul estimat până la menopauză, care este momentul în care ar trebui să se oprească sângerarea cauzată de fibroame.

Mai multe despre adenomioză

Adenomioza este o afecţiune în care J

mucoasa uterului creşte în muşchi (vezi figura 10). Există o varietate de moduri în care acest lucru poate determina creşterea atât a volumului sângerărilor la menstruaţie, cât şi a intensităţii durerii, dar adenomioza

nu provoacă sângerări între menstruaţii. Adenomioza este rară în cazul femeilor care nu au fost niciodată însărcinate; principala ipoteză este că deteriorarea peretelui uterin din cauza întinderii în timpul sarcinii duce la fisuri microscopice care permit mucoasei să crească în interiorul muşchiului.

9

Femeile cu adenomioză pot avea un uter uşor mai mare şi, uneori, la ecografie sau la imagistica prin rezonanţă magnetică (RMN) se descoperă diverse situaţii care cresc suspiciunea. Adenomioza este ceea ce în medicină se numeşte „diagnostic prin excludere"- ceea ce înseamnă că nu există teste precise care să ne spună dacă este vorba despre adenomioză. în concluzie, trebuie excluse alte afecţiuni şi, dacă nu se găseşte nimic altceva şi simptomele corespund, atunci concluzia este că sângerarea abundentă este cauzată de adenomioză.

Nu există tratamente specifice pentru adenomioză; tratamentele de primă intervenţie sunt cele recomandate în cazul

J

sângerărilor legate de hormoni, cum ar fi DIU cu levonorgestrel, anticoncepţionalele sau Depo-Provera. Deşi analogii GnRH (discutaţi anterior în cazul fibroamelor) nu sunt aprobaţi şi în cazul adenomiozei, aceştia ar putea fi totuşi utilizaţi. Dacă sângerarea este abundentă sau dacă medicamentele hormonale nu sunt destul de eficiente, se poate face o cură scurtă cu analogi GnRH pentru a opri sângerarea şi apoi se poate trece la DIU cu levonorgestrel sau la alţi

hormoni. Nu este greşită ablaţia endometrială când se suspectează adenomioza, dar rata de eşec poate fi mai ridicată dacă alegi această variantă. Tratamentul definitiv este histerectomia.

Sângerarea după ultima menstruaţie

Până la 11% dintre femei au sângerări după ultima menstruaţie (UM), cele mai multe dintre acestea apărând în primii ani. Odată ce o femeie se află la trei sau mai multi ani J de la UM, şansa ca această sângerare să apară este de <1% pe an. Fie că este vorba de un flux puternic sau de o mică dâră rozalie, sângerarea după menopauză nu trebuie niciodată să fie considerată un ultim hop, deoarece există o şansă de 6 până la 10% ca motivul să fie cancer endometrial. Sângerarea după menopauză este un semn atât de sensibil al cancerului endometrial, încât până la 90% dintre femeile diagnosticate cu această boală au avut cel puţin un episod de sângerare după instalarea menopauzei.

Există mai puţine cauze necanceroase de sângerare după menopauză, deoarece nu există ovulaţie care să declanşeze sângerări neregulate sau care să stimuleze adenomioza. De asemenea, fibroamele se micşorează. Printre principalele cauze se numără:

CANCERUL SAU PRECANCEROASE.

LEZIUNILE

Cancerul

endometrial, dar şi cel de col uterin sunt luate în considerare, deoarece unul dintre grupurile cele mai afectate de cancerul de col uterin este reprezentat de femeile între 60 şi 65 de ani. Cu cât o *9*

femeie este mai în vârstă când are sângerări după menopauză, cu atât este mai probabil să fie vorba despre cancer endometrial sau leziuni precanceroase. Factorii care sporesc expunerea la estrogen fără un progestogen cresc riscul apariţiei cancerului endometrial. Printre aceştia se *9*

numără obezitatea (producerea de estrogen în ţesutul adipos) şi administrarea de estrogen în THM fără progestogen.

O MUCOASĂ UTERINĂ SUBŢIRE. Fără estrogen, mucoasa uterului poate deveni atât de subţire, încât sângerează intermitent. Aceasta este cea mai frecventă cauză a sângerărilor după menopauză.

O MUCOASĂ UTERINĂ GROASĂ. Estrogenul produs de ţesutul adipos sau provenit din THM poate face ca mucoasa să se îngroaşe (să pună cărămizi) şi, fără stabilitatea unui progestogen, ea se desprinde ocazional. Suplimentele care au fost

modificate cu hormoni sunt o altă cauză.

* **SINDROMUL GENITO-URINAR DE** MENOPAUZĂ SAU SGM înseamnă că sângerarea nu provine din uter, ci din vagin. Nu ai cum să stabileşti sursa sângelui doar privind lenjeria intimă. Această sângerare apare când, în lipsa estrogenului, ţesuturile vaginale devin foarte subţiri (vezi capitolul 13).

* POLIPUL. Riscul de cancer în cazul

polipului creşte odată cu vârsta şi în special la femeile aflate la postmenopauză.

* **PROBLEMELE DE COAGULARE LEGATE DE**

ANTICOAGU-LANTE. Chiar şi atunci

9

când o femeie ia aceste medicamente, trebuie întotdeauna luate în calcul cancerul şi leziunile

9 precanceroase.

TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI poate provoca sângerări în cazul unor femei aflate la menopauză (acest lucru nu include sângerările preconizate la femeile care îl iau în mod ciclic – vezi capitolul 18). Când apare această sângerare, ea poate fi cauzată de un exces de progestogen în comparaţie cu estrogenul, astfel încât mucoasa

devine excesiv de subţire, sau de un nivel insuficient de progestogen care provoacă îngroşarea excesivă a mucoasei. 0 sângerare neaşteptată în timpul THM necesită evaluarea pentru a te asigura că nu este vorba despre cancer, deşi, în funcţie de circumstanţe, sângerările anormale din primele şase luni de la începerea tratamentului hormonal al menopauzei pot fi uneori monitorizate. Aceasta este o decizie comună luată de pacientă împreună cu medicul.

Testele de excludere a cancerului includ o ecografie pentru a examina grosimea

mucoasei uterine; când aceasta este <4 milimetri, se pot exclude mai mult de 99% dintre tipurile de cancer. Acest test este mai puţin eficient pentru depistarea cancerului înainte de ultima menstruaţie, deoarece mucoasa uterului poate fi în mod normal mai groasă de 4 milimetri. Cealaltă opţiune este fie o biopsie endometrială, fie dilatarea uterului şi chiuretajul, fie o histeroscopie (toate discutate anterior). Dacă ecografia arată o mucoasă foarte subţire, dar sângerarea continuă, atunci sunt necesare mai multe teste. Tratamentul împotriva cancerului şi a leziunilor precanceroase depăşeşte sfera de interes a acestei cărţi.

Există multe opţiuni de tratament pentru SGM (vezi capitolul 13). Un polip trebuie îndepărtat, iar THM poate fi util femeilor cu sângerări cauzate de o mucoasă îngroşată sau subţiată a uterului.

DE RETINUT

t

- Anomaliile legate de sângerare sunt caracteristice tranziţiei spre menopauza şi pot include menstruaţii abundente sau mai lungi, cicluri neregulate şi sângerâri între menstruaţii.
  - Cea mai frecventa cauză a sângerărilor în timpul tranziţiei spre menopauză este haosul hormonal caracteristic acestei faze.
  - Fibroamele şi adenomioza sunt cauze comune

f

ale menstruaţiilor abundente; acestea pot provoca, de asemenea, menstruaţii dureroase, dar nu şi sângerări neregulate.

  - Săngerările abundente pot fi adesea controlate cu ajutorul medicamentelor şi există mai multe opţiuni.
  - Toate săngerările de după menopauză sunt

anormale şi necesită o evaluare.

f

CAPITOLUL 11

Sănătatea oaselor

Bazele biologiei osoase, osteoporoza şi prevenirea fracturilor

„Sunt aici ca să te sperii cu chestiuni legate de osteoporoză" a fost replica de început a unei conferinţe la care am participat în 2019. Nici că se putea spune mai bine, aşa că şi eu sunt aici ca să te sperii cu chestiuni legate de sănătatea oaselor şi osteoporoză. Scopul este să înţelegi cât mai bine încărcătura osteoporozei şi impactul său devastator pentru multe femei, dar şi procesul de depistare şi prevenire a fracturilor.

Osteoporoza este o afecţiune în care oasele devin fragile, ceea ce creşte riscul de fracturi. Se caracterizează printr-o scădere a cantităţii de masă osoasă şi prin modificări microscopice ale arhitecturii oaselor (vezi figura 11). Există şi alte modificări ale oaselor care nu sunt bine înţelese. Concluzia

J este că integritatea structurală a oaselor este afectată. Sănătatea osoasă se află pe o linie continuă – deşi osteoporoza reflectă un capăt al scalei şi cel mai mare risc de fracturi, multe femei au o masă osoasă scăzută, dar nu suficient de scăzută pentru un diagnostic de osteoporoză, ceea ce le creste riscul de a suferi o fractură. Acest

9 lucru se numea cândva osteopenie, dar acest termen nu mai este folosit.—

Dacă te apropii de vârsta de 30 de ani, chiar în timp ce citeşti aceste rânduri pierzi din masa osoasă. Osul este remodelat permanent, ceea ce înseamnă că este reabsorbit şi se produce unul nou – într-o asemenea măsură, încât întregul schelet este înlocuit la aproximativ fiecare zece ani. După ce o femeie atinge masa osoasă maximă înainte de a împlini vârsta de 30 de ani, balanţa înclină uşor în favoarea pierderii şi se înregistrează un declin mic, dar constant, al masei osoase, de <0,4% pe an. Estrogenul este un factor important în

formarea ţesutului osos, astfel încât cea mai rapidă perioadă de pierdere de masă osoasă începe cu aproximativ un an înainte de ultima menstruaţie şi durează cam trei ani.

9 *9*

în medie, în aceşti trei ani, o femeie poate pierde 6% din masa osoasă, dar unele femei pot pierde mult mai mult – până la 3-5% pe an. După această perioadă de pierdere rapidă, ţesutul osos se pierde cu o viteză mai mare decât înainte de menopauză – 0,5 până la 1% pe an.

Os normal

Osteoporozâ

Figura 11. Os normal (stânga) şi os afectat de osteoporoză

îmbătrânirea afectează, de asemenea, integritatea osoasă şi în alte moduri.

în afară de menopauză şi vârstă, există şi alti factori care afectează masa osoasă şi *9* *9*

creşte riscul producerii fracturilor, printre care:

• VÂRSTA LA MENOPAUZĂ. O menopauză mai timpurie înseamnă mai mulţi ani trăiţi după menopauză, o perioadă de pierdere osoasă crescută. O femeie a cărei menopauză se instalează la vârsta de 45 de ani sau mai devreme are un risc de fractură de 1,5 -3 ori mai mare decât o femeie care ajunge la menopauză la vârsta de 50 de ani sau mai târziu.

• ALCOOLUL. Un volum >3 unităţi pe zi este asociat cu un risc crescut. De reţinut că 2 unităţi reprezintă 175 ml de vin.

• ANOREXIA NERVOSA. Scăderea masei osoase este frecventă şi, când anorexia apare devreme, asta poate afecta cantitatea maximă de masă osoasă a femeii. O greutate corporală extrem de scăzută poate opri ovulaţia multor femei, ceea ce duce la niveluri foarte scăzute de estrogen şi există şi alte modificări hormonale în cazul anorexie! care afectează şi oasele. Deficitul de calciu din cauza restricţiilor alimentare poate fi, de asemenea, un factor.

• GENETICA este cel mai important factor care contribuie la sănătatea oaselor.

• **AFECŢIUNILE MEDICALE, CUm ar fl** artrita reumatoidă, diabetul de tip 2, boala Cushing şi hiperparatiroidismul.

UNELE MEDICAMENTE. Exemple comune sunt contraceptivul cu acetat de medroxiprogesteron injectabil, steroizii şi inhibitorii de aromatază (medicamente pentru tratarea cancerului de sân) şi consumul intensiv de canabis.

• NUTRIŢIA, în special carenţa de calciu şi vitamina D. Calciul pătrunde şi dispare în mod constant din os, astfel încât atunci când apare o carenţă nu există suficient calciu J pentru refacerea oaselor, iar dacă aportul este foarte scăzut, organismul poate chiar să folosească osul ca pe o rezervă de calciu. Vitamina D contribuie la absorbţia calciului din intestin şi f 9 este importantă în sănătatea muşchilor, ceea ce are un efect indirect asupra refacerii masei osoase. De asemenea, muşchii slăbiţi pot favoriza căzăturile, un risc major de producere a fracturilor. Nu este ceva neobişnuit să auzi că sucurile 9 carbogazoase cauzează fragilitatea oaselor, dar nu există nicio dovadă ştiinţifică solidă care 9 9 să susţină această afirmaţie. f J Cofeina poate reduce uşor cantitatea de calciu absorbită din alimente, dar când o femeie la postmenopauză primeşte suficient calciu din alimentaţie, nu există niciun efect asupra sănătăţii oaselor. Este nevoie de o J combinaţie între un aport scăzut de calciu şi un consum zilnic de 9 cofeină echivalent cu trei ceşti de 9 cafea pe zi pentru a creşte pierderea de masă osoasă.

• ACTIVITATEA FIZICĂ. Stresul exercitat asupra oaselor de către susţinerea greutăţii şi de către muşchi este W f 9 9 important în menţinerea sănătăţii sistemului osos. Osteoblastele – celulele care construiesc osul – sunt de fapt stimulate de semnalele mecanice din timpul exerciţiilor fizice. **J**

• RISCUL DE CĂZĂTURI. Căzăturile pe o parte sunt deosebit de riscante. Activităţile care acţionează pentru consolidarea muşchilor şi a 9 9 echilibrului pot contribui la reducerea căzăturilor.

• FUMATUL. Există multiple moduri în care fumatul afectează negativ sănătatea oaselor. La vârsta la care masa osoasă ar trebui să atingă punctul maxim, ea este mai mică decât ar trebui, iar pierderea osoasă este accelerată pe tot parcursul vieţii, dar mai ales după menopauză. Femeile care fumează pierd încă 2% din densitatea osoasă la fiecare zece ani după instalarea menopauzei.

în Statele Unite, două treimi dintre femeile cu vârsta de 50 de ani sau mai mult au fie masă osoasă scăzută (51%), fie osteoporoză (15%) (vezi figura 12). Femeile albe prezintă cel mai crescut risc, cele afro- americane cel mai scăzut, iar femeile hispanice şi cele asiatice se situează la mijloc din punct de vedere al riscului, deşi unele date sugerează că femeile americane de origine mexicană (aproximativ 50% dintre hispanicele din Statele Unite) ar putea prezenta un risc mai mare decât femeile albe. Prevalenta osteoporozei variază în întreaga lume, cea mai mare fiind în Norvegia şi cea mai mică în Nigeria.

Unul dintre primele lucruri pe care le înveţi în cadrul rotaţiilor de stagiu de la facultatea de medicină este impactul devastator pe care îl are o fractură de şold. Dacă o femeie în vârstă de 65 de ani sau mai mult trăieşte independent şi îşi rupe şoldul, un an mai târziu are 50% şanse să nu mai poată trăi independent, 40% risc de a nu mai putea merge singură şi 30% şanse de a nu mai putea folosi singură baia, iar şansele ca ea să moară în decurs de un an sunt de

IOC-

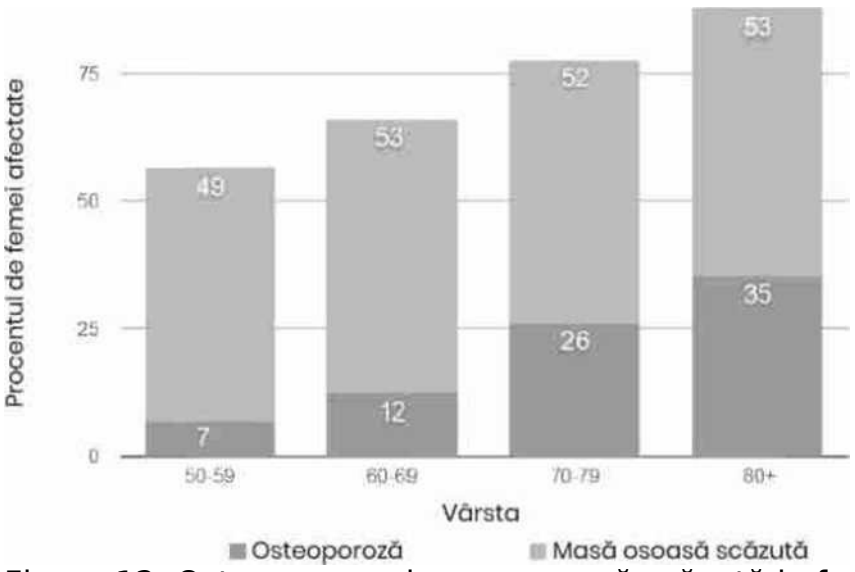


Figura 12. Osteoporoza şi masa osoasă scăzută la femeile americane cu vârste de peste 50 de ani

Şi asta doar în cazul fracturilor de sold.

I *I*

Există fracturi vertebrale (ale coloanei vertebrale) şi alte tipuri de fracturi, cifoză (o deformare a coloanei vertebrale care este o curbură spre înainte, numită peiorativ „cocoaşa văduvei"), dureri cronice provocate de fracturi, incontinenţă, deoarece femeile nu pot ajunge la baie la timp din cauza durerilor şi/sau a problemelor de mobilitate, probleme pulmonare (legate de fracturile de coaste vindecate care acum restricţionează

9 mişcarea muşchilor toracici) şi depresie – fără a mai lua în considerare impactul emoţional al pierderii independenţei.

Să comparăm osteoporoza şi masa osoasă scăzută cu alte afecţiuni grave, din punct de vedere al riscului de a le face. Riscul de cancer de sân pe parcursul vieţii este de 15%. Cel al fracturării şoldului, de 17%. Fracturile cauzate de osteoporoză şi de masa osoasă scăzută provoacă la fel de multe spitalizări ca accidentele vasculare cerebrale şi atacurile de cord. Şi totuşi, se

pare că nu luăm sănătatea oaselor la fel de în serios ca aceste afecţiuni. Este mult mai f probabil ca o femeie să îşi facă mamografia pentru depistarea cancerului de sân decât un test de depistare a osteoporozei, iar cele mai multe femei care au o fractură de sold -

9

un proces care ar trebui să declanşeze tratamentul pentru osteoporoză – nu beneficiază de o monitorizare corectă.

Pare să existe o acceptare culturală a osteoporozei, ceea ce este tragic şi mă umple de furie. Oare societatea se aşteaptă pur şi simplu ca femeile să devină fragile, asa că nu consideră că este necesar să-şi

9 *9*

facă griji în legătură cu ceva care este „normal"? Oare pe măsură ce femeile îmbătrânesc, nevoile lor devin ¡relevante când societatea decide că nu mai sunt suficient de sexy, aşa că ar trebui să tacă şi să accepte că s-au ramolit? Există şi o convingere falsă în rândul unora cum că prevenţia este ineficientă sau că medicamentele pentru tratarea osteoporozei sunt prea periculoase. Osteoporoza nu apare la ştiri precum cancerul de sân sau preocupările legate de contracepţie, ceea ce mă face să am mereu impresia că importanţa femeilor este redusă la sâni şi copii, aşa că multe femei pot pur şi simplu să nu fie conştiente de riscurile osteoporozei sau de faptul că este o problemă de sănătate importantă şi că există terapii preventive, precum şi tratamente. Şi până la urmă, cine vrea să vorbească despre o boală pe care o asociem cu bătrânele, babele şi

hârcile? Chiar dacă femeile sunt îngrijorate sau conştiente de riscurile cu care se

9

confruntă, s-ar putea ca ele să nu simtă că există un spaţiu special pentru discuţii.

Oricare ar fi motivul, femeile sunt cele care suferă.

îmi recunosc de la început părtinirea. Mama a murit la vârsta de 86 de ani din cauza osteoporozei. A îndurat fiecare complicaţie a osteoporozei dintre cele pe care le-am enumerat. A avut prima fractură cauzată de fragilitatea oaselor la vârsta de 50 de ani, iar până în momentul în care a murit pierduse cel puţin 12 centimetri în înălţime. A avut atât de multe spitalizări din cauza fracturilor, cu şederi prelungite la recuperare, încât am pierdut numărul. Abia când a ajuns în stare critică din cauza bolii, a început să primească tratament pentru osteoporoză. înainte de asta, oasele ei sfărâmicioase au fost pur şi simplu ignorate ca fiind normale. Când a insistat să i se facă un test de depistare a osteoporozei, i s-a spus că nu este necesar, subînţelegându-se că toate aceste fracturi erau „normale", iar când a întrebat de tratament, i s-a spus că potenţialele efecte secundare făceau ca medicamentele să fie prea periculoase.

A fost dificil să-i modific locuinţa pentru ca riscul de a cădea să fie mai mic. Am chemat o echipă care a venit la domiciliu pentru a face recomandări de siguranţă. Când au ajuns, au intrat în panică văzând numărul mare de covoare mici, care provoacă în mod obişnuit căzăturile şi, prin

urmare, sunt precum kriptonita pentru oasele fragile. Kinetoterapeutul părea disperat şi alerga prin casă ca să le strângă, în timp ce detalia şirul celorlalte probleme de siguranţă – de exemplu, scara fără balustradă, care o făcea pe mama să se simtă atât de nesigură încât cobora treptele *cu spatele* pentru a se putea ţine de perete cu singura mână sănătoasă, căci pe cealaltă şi-o fracturase recent. O lună mai târziu, când am vizitat-o, toate covoarele mici erau din nou la locul lor, iar balustrada nu s-a materializat niciodată. Să faci schimbări la 70 sau 80 de ani este greu – încăpăţânarea este probabil unul dintre motivele pentru care multi oameni trăiesc atât de mult. De *r*

aceea, planificarea modului în care vei trăi la bătrâneţe este importantă atunci când eşti tânăr. Să-ţi faci casa mai sigură la 70 sau 80 de ani îţi poate da senzaţia că cedezi în faţa bătrâneţii, în timp ce, dacă faci aceleaşi schimbări la 50 sau 60 de ani (sau chiar mai devreme), poţi avea senzaţia că îţi asumi responsabilitatea şi eşti proactivă.

în cele din urmă, mama s-a lovit cu genunchiul de un perete, fracturându-şi rotula şi tibia (un os din partea inferioară a piciorului), declanşând o cascadă de evenimente care au condus la amputarea piciorului. Tatăl meu nu a găsit tăria să-şi dea consimţământul, aşa că sarcina de a-i explica mamei intervenţia chirurgicală şi de a-i da consimţământul chirurgului mi-a revenit mie. Mama nu a reuşit să treacă peste amputare din punct de vedere fizic sau

psihic, iar relaţia noastră dificilă s-a încheiat cu ea învinovăţindu-mă pentru pierderea piciorului. A murit câteva săptămâni mai târziu.

Cum ştiu dacă am osteoporoză?

Orice femeie care a suferit o fractură din cauza fragilităţii oaselor (adică o fractură fără un motiv evident, cum ar fi o traumă) ar trebui să primească automat diagnosticul de osteoporoză. Pentru alte femei, diagnosticul se pune în urma unei examinări imagistice numite absorbtiometrie bifotonică cu raze X ***r***
(prescurtată DEXA) sau osteodensitometrie, care evaluează densitatea osoasă a unei vertebre (parte a coloanei vertebrale) şi a părţii superioare a femurului (osul coapsei, care face parte din şold). Acest test este denumit în mod obişnuit testul de măsurare a densităţii minerale osoase (DMO). Utilizează o doză foarte mică de raze X – aproximativ acelaşi nivel de radiaţii la care este expusă o persoană care petrece o zi în San Francisco. Există şi echipamente portabile care examinează încheietura mâinii sau glezna, dar aceste teste sunt mai puţin precise.

Se recomandă ca testul de depistare a osteoporozei DEXA să fie făcut de fiecare femeie cel puţin o dată înaintea împlinirii vârstei de 65 de ani, iar momentul în care este necesară o evaluare ulterioară depinde de mai multi factori. Dacă la 65 de ani o ***r***
femeie are o densitate osoasă normală (un rezultat T de -l sau mai mare) sau o pierdere uşoară de masă osoasă (un rezultat T de -l,01 până la -l,49), şansele ca ea să facă osteoporoză în următorii 15 ani sunt mai mici de 10%. Cu toate acestea, femeile cu o pierdere de masă osoasă moderată (rezultat T de la -l,50 la -l,99) sau cu o pierdere avansată (-2,00 la -2,4) riscă să facă osteoporoză în câţiva ani şi ar putea avea nevoie de repetarea testelor peste maximum cinci ani (acest lucru depinde de o serie de factori şi depăşeşte sfera noastră de interes).

Femeile nu ar trebui să aştepte până la vârsta de 65 de ani ca să-şi evalueze sănătatea oaselor, întrucât cele care prezintă un risc crescut de a face osteoporoză ar trebui să fie testate mai devreme. Există controverse cu privire la momentul în care ar trebui să înceapă testele de depistare în cazul acestor femei. Unii experţi spun că orice femeie aflată la postmenopauză cu un factor de risc major pentru osteoporoză, cum ar fi fumatul sau istoricul familial, ar trebui să fie testată.

Există, de asemenea, două instrumente care pot stabili dacă o femeie cu vârsta sub 65 de ani ar trebui să efectueze o osteodensitometrie DEXA ca să i se măsoare densitatea osoasă. Primul este Instrumentul de autoevaluare a osteoporozei (IAO), care permite identificarea femeilor cu probabilitate mai mare de a avea o densitate osoasă scăzută. Ecuaţia este (greutatea în
kilograme minus vârsta în ani) x 0,2, iar un rezultat <2 este asociat cu un risc crescut de a avea o densitate osoasă scăzută.

Celălalt este Instrumentul de evaluare a riscului de fractură sau FRAX, conceput de cercetătorii de la University of Sheffield din Marea Britanie, un instrument gratuit care le ajută pe femeile cu vârste cuprinse între 40 şi 90 de ani şi pe medicii lor să evalueze riscul unei fracturi majore (accesează sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx sau introdu „FRAX tool" în motorul de căutare – există chiar şi un convertor metric pentru cei care nu-şi cunosc greutatea şi înălţimea în kilograme şi centimetri). Când riscul unei fracturi majore în următorii zece ani este >9,3%, o femeie ar trebui să fie testată oficial pentru depistarea osteoporozei.

Instrumentul FRAX nu încorporează toţi factorii de risc şi nici nu ia în considerare multe nuanţe. De exemplu, o femeie care fumează două pachete de ţigări pe zi prezintă un risc mai mare decât una care fumează o jumătate de pachet sau un părinte cu multiple fracturi cauzate de fragilitatea oaselor conferă probabil un risc mai mare decât unul care a avut o singură fractură. Aşadar, este întotdeauna importantă o abordare individualizată a testelor de depistare. Pot exista momente în care rezultatul FRAX nu indică un risc semnificativ, dar testarea formală pentru osteoporoză este totuşi indicată.

Ce înseamnă densitate minerală osoasă

Un rezultat DMO este raportat ca un rezultat T, care este o terminologie necunoscută pentru multe persoane (vezi figura 13). Rezultatul T compară densitatea osoasă a unei femei cu o cifră tipică pentru o femeie de 30 de ani şi raportează acest rezultat în deviaţii standard sau DS. O deviaţie standard ***r*** ***r***
este un mod de a exprima ceea ce se încadrează şi ceea ce nu se încadrează în intervalul preconizat. Un rezultat T de -l deviaţie standard sau mai mare reprezintă intervalul preconizat, un rezultatT între -l şi -2,5 reprezintă o masă osoasă scăzută, iar osteoporoza reprezintă un rezultat T de -2,5 sau mai mic.

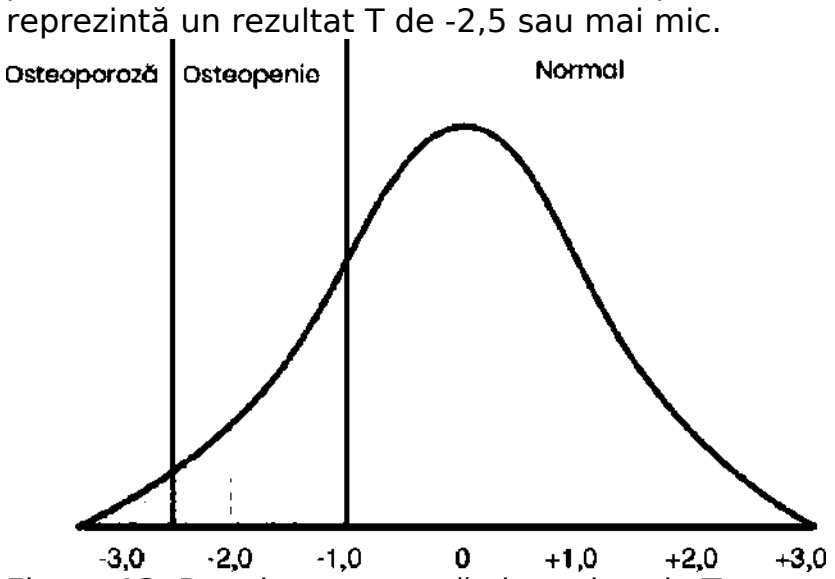


Figura 13. Densitatea osoasă şi rezultatele T

Rezultatul meu T a fost de -l,2 pentru femur atunci când am făcut testul cu câţiva f ani în urmă (având în vedere istoricul meu familial, am fost testată la vârsta de 50 de ani), ceea ce înseamnă că am o uşoară pierdere osoasă. Acest lucru nu înseamnă că am pierdut ţesut osos în comparaţie cu momentul în care aveam 30 de ani sau că
mă aflu pe o traiectorie de pierdere de ţesut osos mai accelerată. Gândeste-te la un DMO
I
ca la măsurarea greutăţii – greutatea ta de astăzi nu-ţi spune cum era greutatea ta acum cinci sau zece ani sau cum va fi peste cinci sau zece ani; îţi spune doar despre greutatea ta din ziua în care te-ai cântărit. Eu fac multe lucruri pentru a-mi menţine sănătatea oaselor: nu fumez, fac exerciţii cu greutăţi şi am un nivel corespunzător de calciu şi vitamina D. De asemenea, am luat mai mulţi ani anticoncepţionale, care sunt bune pentru densitatea

osoasă. Rezultatele mele m-au nemulţumit în parte. Depusesem atâta efort, şi ele nu erau normale? Dar mi- am amintit că, având în vedere caracteristicile mele genetice, poate că, fără toată această muncă, aş fi avut o densitate osoasă de -l,5. Dacă densitatea mea osoasă peste cinci ani va fi tot -l,2, atunci poate că acesta ar putea fi locul obişnuit al DMO pentru mine.

Este important de ştiut că rezultatul T este doar o piesă din puzzle. Vârsta, înălţimea, greutatea, istoricul familial, rasa şi o varietate de alti factori contribuie la riscul J producerii fracturilor. Odată ce o femeie îşi cunoaşte densitatea minerală osoasă, ea se poate întoarce la FRAX şi îşi poate introduce rezultatele. Dacă riscul de a suferi o fractură majoră este >20% sau riscul de fractură de şold este >3% în următorii zece ani, atunci se recomandă tratamentul pentru osteoporoză.

Exerciţiile fizice previn fragilitatea oaselor şi fracturile

9

Mulţi se gândesc la exerciţiile fizice ca fiind bune pentru inimă, dar ele sunt extrem de utile şi pentru oase. Activităţile de susţinere a greutăţii, precum şi muşchii care trag osul stimulează formarea de tesut osos nou. Exerciţiile care implică o componentă de echilibru reduc numărul căzăturilor, iar exerciţiile care vizează postura pot contribui la prevenirea şi tratarea deformării coloanei vertebrale numită cifoză.

Exerciţiile fizice sunt atât de utile încât f

pot ajuta la inversarea procesului de pierdere de masă osoasă, chiar şi în cazul femeilor care au pierdut o cantitate însemnată deja. „Lifting Intervention for Training Muscle and Osteoporosis Rehabilitation" (LIFTMOR – un acronim grozav—) a fost un studiu de opt luni realizat pe femei cu vârsta medie de 65 de ani, cu masă osoasă scăzută sau osteoporoză, care au efectuat de două ori pe săptămână un antrenament de 30 de minute de rezistentă

9 şi de impact de intensitate ridicată (HiRIT) în scopul ameliorării osoase, în comparaţie cu un grup de persoane de aceeaşi vârstă care au participat la un program de exerciţii de intensitate scăzută. Exerciţiile de intervenţie

9 *9*

au implicat ridicarea unor haltere, genuflexiuni, ridicarea unor greutăţi deasupra capului şi tracţiuni la bară cu aterizare pe tălpi. înainte se credea că

aceste exerciţii sunt prea periculoase şi ar putea conduce la producerea mai multor fracturi, dar în acest studiu greutăţile şi rezistenţa au fost introduse treptat, sub o supraveghere atentă a unui expert pentru postură şi tehnică. Deşi este un studiu restrâns, rezultatele au arătat o creştere a masei osoase şi nu au existat fracturi sau complicaţii grave în urma exerciţiilor. Avem cu siguranţă nevoie de mai multe studii ca acesta, deoarece demonstrarea faptului că aceste tipuri de exerciţii sunt sigure şi eficiente în cazul osteoporozei ar fi revoluţionară. Femeile nu ar trebui să se

J

lanseze în acest tip de program fără supraveghere, dar găsirea unui kinetoterapeut sau a unui antrenor potrivit care are experienţă în lucrul cu femeile care au osteoporoză – după ce primeşti consimţământul medicului tău – este un f

lucru de luat în considerare.

Femeile care sunt în general într-o formă fizică bună, fără afecţiuni de sănătate limitative, ar trebui să ia în considerare realizarea exerciţiilor fizice deja discutate în capitolele anterioare – cel puţin 150 de minute de exerciţii aerobice de intensitate f moderată (de exemplu, mersul pe jos în pas vioi) sau 75 de minute de exerciţii aerobice de intensitate mare (de exemplu, alergare) în fiecare săptămână şi un antrenament de forţă de două sau mai multe ori pe săptămână. Din punctul de vedere al prevenirii osteoporozei, antrenamentele pentru echilibru şi exerciţiile de postură sunt

recomandate la vârsta de 60 de ani; începerea lor mai devreme ca măsură de prevenţie şi pentru a avea un set de abilităţi este probabil o idee foarte bună.

Femeile cu masă osoasă redusă sau cu osteoporoză ar trebui să înveţe unele strategii de protecţie a coloanei vertebrale, îndoirea şi răsucirea coloanei vertebrale în

I

cadrul activităţilor zilnice pot creşte sarcina asupra ei, provocând fracturi. De exemplu, o femeie cu osteoporoză accentuată îşi poate fractura o vertebră doar aplecându-se pentru a-şi lega pantofii. Este important să te apleci din şolduri, nu din spate şi, în loc să te răsuceşti pentru a apuca ceva, să faci un pas pentru a-ţi roti tot corpul. Poţi găsi informaţii bune despre o varietate de exerciţii, inclusiv despre echilibru şi postură, pe următoarele site-uri:

- Osteoporosis Canada, osteoporosis.ca/bone-health- osteoporosis/exercises-for- healthy-bones;
- StandTall® şi alte exerciţii pentru o
  postură sănătoasă, găsite la International Osteoporosis Foundation,

iofbonehealth.org/news/stand- tall-four-simple-exercises-healthy- posture;

- National Osteoporosis Foundation,
  nof.org/Dreventinq-frac- tures/exercise-to-stay-healthy.

Deşi pare mult timp dedicat exerciţiilor (aproximativ 45-60 de minute pe zi), nu trebuie să le faci pe toate deodată. Gândeşte-te de cât timp este nevoie pentru a merge la medic pentru o programare, fără a mai lua în considerare durata (plus durerea şi costul) tratării fracturilor sau preţul de a nu putea trăi independent. în cele din urmă, să previi toate acestea cu ajutorul exerciţiilor fizice probabil că nu înseamnă mare lucru din punct de vedere al timpului sau poate chiar înseamnă o economisire a lui. Nu uita, exerciţiile fizice sunt bani investiţi în banca f J

sănătăţii tale.

J

Ti-ai luat vitaminele?

9

Laptele este bun pentru oase, nu-i aşa?

Mulţi oameni sunt surprinşi să afle că niciun studiu nu a asociat laptele cu diminuarea osteoporozei. De fapt, un grup de cercetători a analizat riscul unei fracturi de şold şi consumul de lapte în funcţie de tară şi nu a găsit nicio corelaţie între f I J

probabilitatea mai mică de producere a unei fracturi de sold şi ţările în care se consumă

I J J

mai mult lapte. Statele Unite se numără printre ţările cu cel mai mare consum de lapte din lume şi cu cele mai multe fracturi de sold. Există chiar şi informaţii care leagă

I ***J*** ***9***

consumul de lapte de un risc crescut de producere a fracturilor, posibil din cauza creşterii în

înălţime a consumatorilor de lapte, deoarece oasele mai lungi prezintă un risc mai mare de fractură. Vezi capitolul 19 pentru informaţii suplimentare despre lapte şi sănătate.

Calciul este un mineral cu nivel limitat al valorii, ceea ce înseamnă că un surplus de calciu peste necesarul zilnic nu va forma mai mult tesut osos şi nici nu va fi stocat în oase pentru a fi folosit ulterior, ci va fi eliminat în urină. Carenţa de calciu poate conduce la scăderea masei osoase – pentru că nu este suficient pentru a susţine înlocuirea constantă a ţesutului osos –, dar nivelurile ridicate nu previn şi nu rezolvă problemele.

Femeile cu vârste cuprinse între 19 şi 50 de ani au nevoie de 1 000 mg de calciu pe zi, iar femeile cu vârsta de 51 de ani sau mai mult ar trebui să primească 1 200 mg. Pentru unele femei, sursele de calciu pot fi lactatele, dar şi laptele de soia sau de migdale fortificat, sardinele, tofu, somonul la conservă cu oase, frunzele de napi, seminţele de chia, varza kale, bok choi şi smochinele sunt surse sănătoase. Femeilor care nu-şi pot lua doza necesară de calciu din alimentaţie li se recomandă suplimente cu calciu, iar în această situaţie, cel mai recomandat este un supliment combinat de calciu şi vitamina D, deoarece aceasta ajută organismul să absoarbă calciul. Dacă crezi că primeşti 500 mg de calciu pe zi din dietă şi nevoile tale sunt de 1 000 mg, atunci un supliment de 500-600 mg va fi suficient. Nu uita, ideea unui supliment este de a asimila cantitatea recomandată, nu de a exagera. Suplimentele de calciu nu sunt benigne; ele cresc riscul de formare a calculilor renali (tot acel calciu suplimentar din urină). Au existat îngrijorări cu privire la faptul că suplimentele de calciu ar putea fi un factor de creştere a riscului de a face boli de inimă, dar se pare că acest aspect a fost rezolvat şi nu mai reprezintă o preocupare. Aproximativ 33% dintre femeile din Statele Unite iau un supliment de calciu.

Un alt micronutrient important pentru sănătatea oaselor este vitamina D. Pe lângă faptul că ajută organismul să absoarbă calciul, ea contribuie la circulaţia în oase şi la eliminarea lui şi are multe alte funcţii importante, inclusiv menţinerea sănătăţii muşchilor şi functionarea sănătoasă a sistemelor imunitar şi nervos. Aportul zilnic recomandat de vitamina D este de 600 UI (unităţi internaţionale) pe zi pentru femeile cu vârste cuprinse între 19 şi 70 de ani şi de 800 UI pe zi pentru femeile cu vârste de peste 70 de ani. Vitamina D include atât vitamina D2 (ergocalciferol), cât şi vitamina D3 (colecalciferol). Vitamina D3 este produsă la nivelul pielii ca reacţie la razele ultraviolete B (UVB) ale soarelui. Ea se poate obţine şi din alimente, cum ar fi peştele gras, ficatul de vită, untul şi gălbenuşurile (dacă nu ai ghicit, este solubilă în grăsimi, iar eu îmi reamintesc de fiecare dată când mănânc unt că aşa îmi iau vitamina D). Vitamina D2 se găseşte în mod natural doar în câteva alimente, dar multe altele sunt îmbogăţite cu vitamina D2. Atât vitamina D2, cât şi D3 sunt transformate de ficat în forma activă a vitaminei D, numită calcitriol.

O persoană cu pielea deschisă la culoare poate primi suficientă lumină de la soare în timpul verii pentru a produce o cantitate adecvată de vitamina D în doar cinci până la zece minute, expunându-şi doar faţa şi mâinile. Dar poate fi nevoie de 30 de minute sau mai mult pentru o persoană cu pielea închisă la culoare, deoarece melanină (pigmentul care oferă pielii o nuanţă mai închisă) blochează lumina ultravioletă, astfel încât celulele care produc vitamina D primesc mai puţină lumină. De asemenea, pentru mulţi este mai dificil să primească suficientă lumină solară în timpul iernii, comparativ cu vara, deoarece cu cât te îndepărtezi mai mult de ecuator, cu atât zilele sunt mai scurte şi soarele este mai jos pe cer, reducând expunerea la UVB. în plus, când este frig, oamenii sunt bine îmbrăcaţi, astfel încât porţiuni tot mai mici de piele sunt expuse la soare şi/sau oamenii petrec mai mult timp în casă. Şi poluarea aerului poate afecta radiaţiile solare, reducând expunerea la UVB. Un alt aspect de luat în considerare este acela că capacitatea de a produce vitamina D scade odată cu vârsta.

Sunt multe lucruri despre vitamina D pe care nu le cunoaştem încă. De exemplu, femeile afro-americane tind să aibă niveluri mai scăzute de vitamina D, dar şi frecvenţa osteoporozei este mai mică în rândul lor, astfel încât nivelurile acestea spun probabil doar o parte din poveste. în plus, modul în care organismul foloseşte vitamina D poate conta şi el.

în anii 1990 a existat o serie de studii care legau carenţa de vitamina D de o listă întreagă de afecţiuni medicale, iar evaluarea nivelurilor de vitamina D a devenit o adevărată modă. Părea că se recomandă vitamina D aproape tuturor pentru orice. Deşi este adevărat că multe studii au făcut legătura între o varietate de boli şi nivelurile mai scăzute de vitamina D, ceea ce nu ştim este dacă persoanele care nu se simţeau bine petreceau mai puţin timp în aer liber, ceea ce înseamnă că nivelul scăzut de vitamina D era consecinţa bolii, nu o cauză. Vitamina D a fost studiată pe larg şi nu există dovezi care să lege procentele scăzute de cancer, boli de inimă sau diabet de tip 2. Ceea ce ştim este faptul că exagerările legate de vitamina D au avut ca rezultat o mulţime de teste inutile care au crescut cu zeci de milioane de dolari costurile serviciilor medicale.

Aproximativ 35% dintre femeile cu vârsta de 20 de ani sau mai mari iau un supliment de vitamina D, deşi nu există dovezi că suplimentarea de rutină previne osteoporoza sau fracturile la femeile cu niveluri normale de vitamina D. Mai mult, 97% dintre americani au niveluri de vitamina D în intervalul normal (20 ng/ml sau mai mult, deşi este important de menţionat că există o oarecare controversă cu privire la intervalul normal, unii experţi afirmând că 30 ng/ml ar trebui să fie limita inferioară a ceea ce înseamnă normal). Bănuiesc că în Statele Unite majoritatea dintre noi avem niveluri de 20 ng/ml sau mai mari, deoarece mulţi suntem complet neglijenţi în ceea ce priveşte folosirea loţiunilor de protecţie solară şi ne expunem direct la lumina soarelui cel puţin 30 de minute o dată la două zile.

Deoarece este dificil să obţii suficientă vitamina D din alimentaţie, este foarte bine ca femeile care petrec mult timp în interior, cele cu pielea mai închisă la culoare, care sunt foarte meticuloase în folosirea loţiunilor de protecţie solară şi cele care îsi acoperă cea mai mare parte a pielii atunci când sunt în aer liber (din motive religioase sau

pentru a evita soarele) să ia în considerare un supliment de vitamina D. întrucât capacitatea de a produce vitamina D scade odată cu vârsta, este util ca femeile cu vârsta de minimum 50 de ani să ia un supliment.

Suplimentele de vitamina D în dozele recomandate – 800-l 000 UI pe zi – sunt foarte sigure (400 UI pe zi pare să fie o doză ineficientă pentru îmbunătăţirea sănătăţii, aşa că nici nu-ţi mai bate capul s-o iei). O doză de 800 UI creşte nivelurile din sânge cu aproximativ 10 puncte. La această doză nu există practic niciun risc de toxicitate, aşa că majoritatea femeilor ar trebui să folosească produse de protecţie solară şi să ia un supliment. Suplimentele sunt fie vitamina D3 (obţinută din lanolină expusă la lumină ultravioletă), fie vitamina D2 (obţinută din
drojdie expusă la lumină ultravioletă) – ambele sunt transformate în ficat în mod egal în calcitriol. Ficatului tău nu-i pasă pe care dintre ele o iei şi nu trebuie să ştii cu f *9*
exactitate care este sursa ta de vitamina D.

Mulţi medici recomandă un supliment zilnic de vitamina D pentru femeile cu risc de osteoporoză. Testarea pentru stabilirea nivelului de vitamina D nu este recomandată în mod obişnuit; evaluează pur şi simplu dacă obţii suficientă prin expunerea la soare şl prin alimentaţie şi suplimentează după cum este necesar; totuşi, testarea este indicată în cazul femeilor cu osteoporoză.

Administrarea medicamentelor pentru a reduce pierderea de masă osoasă

în Statele Unite, femeile care au suferit o fractură din cauza fragilităţii oaselor, care prezintă osteoporoză în urma testelor DMO (un rezultat T de -2,5) sau un risc ridicat de fractură pe baza rezultatului FRAX sunt candidate pentru tratament. în Canada, tratamentul medicamentos este recomandat femeilor cu vârsta de minimum 65 de ani, cu DMO de -2 sau mai mică. Există multi factori *r*
care intervin în decizia privind tratamentul medicamentos al osteoporozei şi o discuţie completă despre ei depăşeşte sfera de interes a acestei cărţi. Scopul este să prezentăm elementele de bază, astfel încât femeile să fie în măsură să se protejeze mai bine. înainte de a începe tratamentul
medicamentos, este important ca femeile să încerce să profite la maximum de opţiunile nemedicamentoase discutate anterior, cum ar fi renunţarea la fumat, reducerea consumului de alcool, asigurarea unui aport adecvat de calciu şi vitamina D, precum şi exerciţii de echilibru şi de menţinere a greutăţii.

Estrogenul din tratamentul hormonal al menopauzei (THM) este foarte eficient în prevenirea pierderii de ţesut osos ca urmare a instalării menopauzei. în cadrul studiului WHI, estrogenii ecvini conjugaţi (EEC) plus progestinul cu substanţa acetat de medroxiprogesteron au redus riscul producerii fracturilor de şold şi de coloană vertebrală cu 34%. Ştim că atât estrogenii administraţi pe cale orală, cât şi cei administraţi pe cale transdermică sunt la fel de eficienţi. Combinaţia EEC/bazedoxifen (estrogen plus un modulator selectiv al receptorilor de estrogen) este, de asemenea, eficientă în prevenirea osteoporozei. Vezi capitolele 17 şi 18 pentru a afla mai multe despre aceste medicamente. Când se întrerupe administrarea de estrogeni, femeile trec prin acea perioadă de pierdere accelerată de tesut osos observată în ***r***
tranziţia spre menopauză târzie, aşa că THM nu face decât să o pună în aşteptare, iar apoi pierderea de ţesut osos continuă în ritmul mai accelerat al postmenopauzei. Nu există o densitate osoasă anume când estrogenul să fie recomandat pentru prevenirea osteoporozei, dar istoricul
familial şi alti factori de risc ar trebui l ***9***
discutaţi pentru a determina dacă THM are sens pentru prevenirea osteoporozei.

Raloxifenul este un modulator selectiv al receptorilor de estrogeni, ceea ce înseamnă că acţionează ca estrogenul asupra unor ţesuturi, dar nu şi asupra altora. Acesta reduce fracturile de coloană vertebrală, dar nu şi pe cele de şold. De asemenea, reduce riscul apariţiei cancerului de sân. Efectele secundare includ înrăutăţirea bufeurilor şi un
9 ***t***
risc crescut de formare a cheagurilor de sânge. Există medicamente mai eficiente pentru prevenirea fracturilor, aşa că, de obicei, este luat în considerare doar în cazul femeilor cu un risc scăzut de formare a cheagurilor de sânge pentru care alte opţiuni nu sunt adecvate sau al femeilor cu osteoporoză care au şi un risc crescut de a face cancer de sân.

0 clasă de medicamente numite bisfosfonaţi reprezintă medicamente de primă linie pentru prevenirea şi tratarea osteoporozei. Aceste medicamente inhibă acţiunea celulelor numite osteoclaste, care descompun osul în procesul de refacere. Ele pot fi administrate pe cale orală zilnic, săptămânal, lunar şi prin injecţie intravenoasă la fiecare trei luni sau chiar o dată pe an, în funcţie de medicament. Bisfosfonatii sunt foarte eficienţi în ***r 9***
prevenirea fracturilor de şold şi de coloană vertebrală la femeile cu osteoporoză, iar mai multe astfel de medicamente sunt aprobate şi pentru prevenirea osteoporozei. Există o mulţime de nuanţe în cazul acestor
> ***r***
medicamente; ele sunt administrate de obicei pentru o perioadă de până la cinci ani şi apoi se evaluează necesitatea de a continua tratamentul.

Utilizarea bisfosfonaţilor a crescut după publicarea studiului WHI (vezi capitolul 17), când femeile s-au speriat de estrogeni. Apoi, au fost publicate informaţii despre efectele secundare rare, inclusiv osteonecroza maxilarului (practic, os expus, mort, în maxilar) şi fracturile atipice (fracturi care nu sunt cauzate de osteoporoză) şi atunci bisfosfonaţii au avut propriul moment asemănător cu studiul WHI în presă şi, aşa cum era de aşteptat, utilizarea lor a scăzut vertiginos. Osteonecroza maxilarului este o complicaţie îngrozitoare, iar riscul este de 1/10 000 până la 1/100 000 de paciente tratate pe an. Cu toate acestea, riscul de orbire în cazul medicamentelor administrate pentru disfuncţia erectilă (inhibitori de fosfodiesterază) este de 3/100 000 de bărbaţi anual, şi încă nu am văzut un titlu de ziar care să abordeze această complicaţie. Modul în care societatea dă amploare complicaţiilor rare ale tratamentelor care salvează viaţa femeilor, ignorând însă complicaţiile când e vorba de intensificarea gloriei penisului, este obositor şi dăunează femeilor. Aceste complicaţii rare ale bisfosfonaţilor sunt mai frecvente în rândul ***r***
femeilor care primesc doze mari, în special când primesc medicamentul pe cale intravenoasă, şi al celor care fac şi
chimioterapie împotriva cancerului. Sănătatea orală precară şi lucrările dentare de amploare în timpul tratamentului cu aceste medicamente reprezintă, de asemenea, un risc.

Osteoporoza la femeile aflate la postmenopauză nu înseamnă doar menopauză

Este important să nu dăm vina pe menopauză pentru orice – aproape 50% dintre femeile

care au trecut de menopauză şi au osteoporoză vor avea un alt diagnostic care ar putea contribui la osteoporoză, cum ar fi deficienţa de vitamina D, incapacitatea de a absorbi macro şi micronutrienti din alimentaţie (de exemplu, după o operaţie bariatrică sau o afecţiune numită boală ***r***
celiacă sau, altfel spus, intoleranţa la gluten), tulburări tiroidiene, glande paratiroide hiperactive şi boala Cushing.

DE RETINUT

*

- Toate femeile ar trebui să fie conştiente de
f
factorii de risc ai osteoporozei, chiar şi cele care se află la câţiva ani distantă de tranziţia
I I I
spre menopauza.
- Femeile care intră în perioada de tranziţie spre
menopauză ar trebui să îşi evalueze riscul de osteoporoză; IAO şi FRAX sunt două instrumente care potfi utilizate.
- Toate femeile cu vârsta de 65 de ani sau mai mult
ar trebui să facă o osteodensitometrie, dar sunt multe femei mai tinere care au nevoie de această testare.
- Suplimentele cu calciu şi cele cu vitamina D sunt
utile când femeile nu reusesc să obţină f I
cantitatea zilnică recomandată din alimentaţie
I şi din expunerea la soare.
- Estrogenul şi bisfosfonaţii sunt medicamente
preventive împotriva osteoporozei.

CAPITOLUL 12

Creierul tău la menopauză

Confuzie, depresie şi demenţă

Multe femei au senzaţia de confuzie sau ***r***
pierderea memoriei în timpul tranziţiei spre menopauză, altele suferă de depresie, iar pentru altele, în această perioadă se pot declanşa unele dintre schimbările care ar putea conduce la demenţă sau boala Alzheimer.

Deşi datele ştiinţifice contează în tot ceea ce priveşte menopauza, în discuţia despre sănătatea creierului avem poate cel mai clar exemplu al nevoii de informaţii concrete. Şi asta din cauza faptului că multe dintre poveştile culturale dăunătoare leagă competenţa unei femei de hormonii ei. Suntem acuzate că suntem prea hormonale înainte de fiecare menstruaţie, în timpul menstruaţie!, în timpul sarcinii şi după ce naştem un copil. Şi ce se întâmplă atunci când în sfârşit scăpăm de aceşti hormoni
presupuşi toxici? Se crede că, din acest moment, creierul nostru este incapabil să funcţioneze. Judecarea femeilor în funcţie
J **J**
de hormoni este atacul *ad hominem* suprem, sau poate că un termen mai potrivit este un atac *ad feminem,* iar acest asasinat al caracterului este principiul de bază al patriarhatului.

Lăsând la o parte insulta, există multe moduri în care figurile de stil legate de femei şi asa-zisul lor creier hormonal sunt distructive. Când există aşteptări ca femeile să fie mai puţin competente odată cu vârsta, nu există nicio urgenţă în a semnala simptomele îngrijorătoare, astfel încât femeile pot suferi în tăcere crezând că ceea ce se întâmplă este normal. Afecţiunile medicale care afectează creierul sunt deja stigmatizate pe nedrept în multe culturi şi ţări, aşa că, dacă adăugăm ruşinea de a avea un creier presupus hormonal, precum şi dispreţul societăţii faţă de femei pe măsură ce îmbătrânesc, este surprinzător că există femei de peste 40 de ani care să-şi manifeste îngrijorarea legată de sănătatea creierului.

Aceste prejudecăţi îi determină, de asemenea, pe medici să respingă preocupările femeilor care îşi manifestă îngrijorările, iar dacă se presupune că este de notorietate faptul că femeile devin mai puţin competente odată cu vârsta sau că sunt nişte ipohondre isterice, atunci este şi mai puţin urgentă investigarea îngrijorării lor.

Din fericire, în ultimii 20 de ani, prin intermediul mai multor studii excelente, a fost analizată sănătatea creierului femeilor la menopauză, iar acum ne putem baza pe fapte, spre deosebire de stereotipuri şi clişee dăunătoare.

Creierul şi hormonii. Câteva noţiuni de bază

Creierul este influenţat foarte mult de
J
estrogen – atât de cel produs în ovare (în principal estradiol), cât şi de cel produs local în creier. Există multe moduri complexe în care estrogenul este implicat în funcţionarea creierului. De exemplu, creşte fluxul de sânge către creier, îmbunătăţeşte metabolismul cerebral (adică modul în care creierul primeşte şi utilizează substanţele chimice şi nutrientii) şi îmbunătăţeşte conexiunea cerebrală (modul în care diferitele regiuni ale creierului comunică şi se coordonează între ele). Estrogenul contribuie chiar şi la eliminarea depunerilor de beta-amiloid (proteine care contribuie la dezvoltarea bolii Alzheimer).

Estrogenul stimulează şi activitatea serotoninei, un neurotransmiţător important implicat în starea de spirit şi în semnalarea necesară în unele aspecte ale memoriei şi ale funcţionării executive. Funcţionarea f J
executivă este o combinaţie între memorie, gândire flexibilă şi autocontrol pentru a organiza şi utiliza informaţiile în vederea
atingerii obiectivelor. Mă gândesc la funcţionarea executivă în sensul că mintea e
J
capabilă să stabilească priorităţi şi să se concentreze eficient asupra sarcinilor. Estrogenul este esenţial pentru rolul creierului în reproducere. De exemplu, face parte din semnalarea hormonală care îi spune creierului să declanşeze ovulaţia (capitolul 3), precum şi din reglarea temperaturii pentru a optimiza implantarea (capitolul 9).

Acest lucru nu înseamnă că creierul femeilor nu poate funcţiona fără estrogen. Fetele au un creier uimitor şi capabil înainte de a ajunge la pubertate şi multe femei care nu iau niciodată estrogen continuă să realizeze lucruri extraordinare şi după ultima menstruaţie. La urma urmei, strămoaşele noastre au reuşit cu creierul lor cu nivel scăzut de estrogen să fie în stare să găsească hrană şi apă când acestea se găseau foarte rar, folosindu-se probabil de amintirile lor din vremurile de foamete sau secetă anterioare sau poate chiar amintindu-şi ce le-au spus propriile mame despre căutarea hranei în vremuri dificile.

Este posibil ca scăderea nivelului de estrogen într-un creier pregătit să aibă niveluri ridicate prin decenii de expunere şi/sau prin haosul hormonal al tranziţiei spre menopauză să provoace simptome la unele femei, fie din cauza unui risc genetic subiacent, fie din cauza altor vulnerabilităţi biologice.

Deşi estrogenul contează, el este doar o piesă din puzzle. Există şi alte schimbări odată cu menopauza care ar putea avea un potenţial impact asupra funcţiei cerebrale. De exemplu, creşterea nivelurilor de hormon de stimulare foliculară (FSH) sau inflamaţia cauzată de creşterea grăsimii viscerale (vezi capitolul 7).

Creierul femeilor are, de asemenea, o plasticitate unică – capacitatea de a se schimba sau de a se reconfigura ca răspuns la indiciile hormonale. Asa se creează legătura cu un nou-născut şi i se permite unei mame să fie foarte atentă la nevoile bebeluşului său, cum ar fi să recunoască schimbările subtile în plâns sau expresiile faciale şi apoi să acţioneze în consecinţă. Modificările hormonale apărute odată cu naşterea reorientează multe funcţii către

I **f**

această nouă sarcină extrem de importantă – supravieţuirea bebeluşului. De aceea multe mame simt că au creierul orientat către bebeluş, şi nu se înşală. Nu este vorba că sunt mai puţin capabile, ci mai degrabă creierul şi-a schimbat resursele pentru a deveni hiperconcentrat asupra unei sarcini specifice şi vitale din punct de vedere evolutiv – supravieţuirea copilului lor. Având în vedere resursele vaste pe care le necesită sarcina şi vulnerabilitatea extremă a produsului final (bebeluşul), aceasta este o utilizare foarte logică a funcţiei creierului.

Receptivitatea creierului unei femei la schimbările hormonale şi capacitatea lui de a se reconfigura ca răspuns la factorii

declanşatori hormonali reprezintă probabil o parte din motivul pentru care femeile prezintă un risc mai mare de depresie în comparaţie cu bărbaţii şi pot explica depresia şi schimbările de dispoziţie în funcţie de hormoni (de exemplu, în timpul ciclului menstrual – tulburarea disforică premenstruală sau TDPM şi depresia postpartum). Această capacitate de reconfigurare ca răspuns la indiciile hormonale poate explica şi o parte dintre schimbările resimţite de unele femei în f

timpul tranziţiei spre menopauză.

Confuzia

La fel ca în cazul multor femei, a venit un moment în care am început să uit unde mi- am pus cheile de la maşină sau de câte o întâlnire şi atunci mi-am făcut griji că menopauza îmi afectează creierul. Eram sigură că nu era decât începutul unui declin rapid spre o etapă în care aveam să găsesc batiste uitate îndesate în mânecă sau în sutien.

Aproximativ două treimi dintre femei relatează aceleaşi dificultăţi cognitive în timpul tranziţiei spre menopauză, adică o serie de probleme legate de memorie. Acest fenomen este adesea numit „ceaţa cerebrală". Poate lua forme diverse, fie că este vorba despre o îngrijorare cu privire la cheile rătăcite, fie despre dificultatea de a-ţi găsi cuvintele, fie despre incapacitatea de a

te concentra asupra unei sarcini. Mai multe studii au analizat fenomenul. De exemplu, în studiul SWAN din Statele Unite, participantele au fost supuse unor teste de cogniţie şi memorie timp de mai mulţi ani şi au fost urmărite prospectiv – o modalitate ideală de a urmări schimbările pe măsură ce se produc. La aceste femei, viteza cu care erau capabile să proceseze informaţiile era redusă şi s-a observat o scădere a ceea ce se numeşte memorie episodică verbală, care este capacitatea de a-şi reaminti o listă de cuvinte sau o poveste. Acestea erau schimbări subtile care nu le făceau pe femei să uite sau să fie incapabile de funcţionare, dar pe care cercetătorii le-au rezumat ca reprezentând un impact asupra capacităţii de a asimila informaţii noi.

r

Un alt grup de cercetători a comparat femei cu vârste cuprinse între 45 şi 50 de ani cu bărbaţi de aceeaşi vârstă şi a arătat că f II

femeile se descurcau mai bine la sarcini legate de memorie înainte de menopauză, dar în timpul tranziţiei spre menopauză şi după aceea, acest avantaj a devenit mai puţin evident. Acest aspect mi se pare important de subliniat. Da, există o schimbare temporară, dar chiar şi cu această schimbare, femeile au continuat să fie mai performante decât bărbaţii, (lată o altă mantră pentru terapia cognitiv- comportamentală a bufeurilor.)

Aceste modificări ale funcţionării J creierului în timpul tranziţiei spre menopauză sunt temporare şi dispar odată

ce tranziţia se încheie. Este un punct important care sper că normalizează trecerea prin această perioadă şi le ajută pe femei să se simtă mai liniştite în legătură cu ceea ce se întâmplă. Poate exista o *pauză* în învăţare. în multe privinţe, tranziţia spre menopauză seamănă cu o pauză pe care o faci când mergi şi oboseşti, dar acesta nu este un semn timpuriu de deteriorare a creierului. Poate că o analogie bună pentru haosul hormonal al tranziţiei spre menopauză este aceea cu un computer care încarcă un program nou. în timpul încărcării (tranziţia spre menopauză), lucrurile merg un pic mai încet. Odată încărcat, mai pot apărea câte una sau două erori înainte să funcţioneze fără probleme, dar apoi lucrurile se stabilizează pe măsură ce noul program preia controlul. La urma urmei, atât programele de calculator, cât şi hormonii sunt forme de limbaj.

Dar cum rămâne cu bufeurile şi cu transpiraţiile nocturne? Ar putea ele să provoace probleme de memorie? Pare un lucru intuitiv, dar analizând femeile din studiul SWAN, nu s-a constatat nicio legătură între aceste stări şi modul în care creierul procesează informaţiile sau memoria. Depresia, anxietatea şi tulburările de somn pot influenţa în mod cert modul în care funcţionează creierul, iar dacă o femeie suferă de aceste afecţiuni în timpul tranziţiei spre menopauză, ele pot avea un impact asupra funcţiei creierului, dar nu este vorba despre tranziţie în sine, ci despre depresie sau anxietate.

Dar cum rămâne cu femeile care spun că după tranziţia spre menopauză pur şi simplu nu se simt la fel de inteligente? Pentru a răspunde la această întrebare, cercetătorii au analizat memoria şi cogniţia de-a lungul timpului – înainte de tranziţia spre menopauză, în timpul ei şi după aceea. Au descoperit că funcţia cognitivă se schimbă, dar că este pur şi simplu o consecinţă a îmbătrânirii. Să nu uităm că o femeie care îsi

I începe tranziţia spre menopauză la 47 de ani şi o termină la 53 de ani înaintează totodată

I

în vârstă cu sase ani.

Unele femei au impresia că creierul lor funcţionează mai rău decât o face în ***r*** realitate,

când este evaluat, sau poate că ceea ce au trăit nu se potriveşte cu ceea ce citesc în această carte chiar acum – că schimbările legate de menopauză sunt de obicei minore şi temporare. Studiile ne arată că femeile care sunt mai stresate, care suferă de depresie sau anxietate, care au alte probleme de sănătate sau care nu dorm bine şi/sau care au mai multe simptome vasomotorii înclină să îsi evalueze

I performanţele cognitive mai aspru. Simptomele vasomotorii pot chiar să pregătească creierul să fie mai receptiv la experienţele negative. Aceasta este conexiunea dintre minte şi corp în acţiune.

Multe femei aflate la vârsta mijlocie sunt supuse unor niveluri incredibile de stres, deoarece femeile, în general, suportă mai
multe poveri din punct de vedere financiar din cauza inegalităţilor de gen. De exemplu, femeile sunt plătite mai puţin decât bărbaţii pentru aceeaşi muncă, îndeplinesc de obicei mai multe funcţii de îngrijire neplătite, iar în perioadele de criză financiară au mai multe şanse de a-şi pierde locul de muncă. întrucât stresul, în special factorii de stres financiar, poate juca un rol în multe boli, trebuie să privim înapoi şi să analizăm stresul pe care societatea îl generează în mod unic asupra femeilor.

L-am întrebat pe partenerul meu, care este cu opt luni mai mare, pe ce dă el vina când nu îsi găseste cheile de la maşină. A râs şi a spus: „Pe vârstă sau pe stres, desigur." *De ce ar da cineva vina pe menopauză?* s-a întrebat. A fost interesant să văd la el libertatea de a nu fi influenţat de *r* toate mesajele toxice auzite o viaţă întreagă despre propriul corp. Ştiu că sunt într-o relaţie cu un feminist adevărat, pentru că el a respins imediat ipoteza că menopauza ar putea face femeile mai puţin competente.

Felul în care gândim despre menopauză pare un exerciţiu de confirmare a prejudecăţilor despre presupusa incapacitate a femeilor mai în vârstă. Eram atât de influenţată de societate să cred că ***r*** menopauza afectează memoria şi funcţia cerebrală, încât nici măcar eu nu am reuşit să iau în considerare faptul că, probabil, numi rătăceam cheile de la maşină mai des

I

decât de obicei – la urma urmei, am fost întotdeauna o persoană haotică. Abia când am citit studiile despre ceea ce este obişnuit în general şi am comparat experienţele mele cu cele ale unui bărbat de vârstă similară mi- am dat seama de prejudecăţile pe care le aveam şi m-am simtit uşurată.

Ce ar trebui să facă o femeie care crede că ar putea suferi modificări cognitive sau că are probleme de memorie?

* SĂ STEA LINIŞTITĂ. Modificările

t

temporare ale memoriei, ale atenţiei şi confuzia (senzaţia de minte tulbure) sunt simptome tipice ale tranziţiei spre menopauză şi, *chiar dacă par îngrijorătoare, nu constituie un motiv de alarmare.* Acesta nu este un semn că urmează o prăpastie adâncă în ceea ce priveşte memoria. Dementa la vârstă

f

mijlocie este rară în cazul femeilor care nu prezintă un risc genetic de a face boala Alzheimer cu debut precoce.

*** SĂ-SI FACĂ UN TEST DE DEPISTARE A**

f

DEPRESIEI, ANXIE-TĂŢII ŞI TULBURĂRILOR DE SOMN. Acestea afectează performanţa cognitivă, iar când sunt tratate memoria se poate îmbunătăţi.

* SĂ FIE EVALUATĂ pentru alte afecţiuni

de sănătate care pot fi asociate cu probleme de memorie sau cu confuzia. Unele afecţiuni medicale f

care trebuie luate în considerare sunt apneea în somn, bolile tiroidiene şi diabetul. Medicamentele pot să le facă pe unele să se simtă confuze sau să le afecteze memoria, aşa că şi acestea trebuie studiate.

* SĂ FACĂ EXERCIŢII FIZICE. Obiectivul ar

J

fi de cel puţin 150 de minute pe săptămână de activitate moderată. Ştiu, o tot repet în această carte, dar este unul dintre cele mai bune lucruri pe care o femeie le poate face pentru sănătatea creierului.

*** SĂ IA ÎN CONSIDERARE STRESUL. Nu**

există o soluţie uşoară în acest

J I

caz, dar un psiholog poate ajuta la regândirea factorilor de stres din viaţa de zi cu zi, poate oferi sprijin şi strategii pentru a face faţă. Am observat că multe femei subestimează nivelul de stres pe care îl resimt.

*** TESTAREA FORMALĂ A MEMORIEI. Se**

numeşte testare neuropsihiatrică şi este indicată doar când memoria este afectată sau alte probleme cognitive se agravează fără nicio explicaţie sau influenţează modul în care o

J

femeie îsi duce viata. Femeile cu risc genetic de a face boala
Alzheimer cu debut precoce ar trebui să fie îndrumate când sunt îngrijorate cu privire la capacitatea lor cognitivă.

Ce se întâmplă cu tratamentul hormonal al menopauzei (THM)? Nu există date care să susţină că acesta va opri declinul cognitiv *temporar.* Dacă bufeurile sau depresia se ameliorează cu ajutorul hormonilor, atunci ar putea exista un impact indirect asupra preocupărilor temporare legate de memorie. Femeilor trebuie să li se reamintească faptul că, dacă aceste modificări temporare ale capacităţii cognitive nu se îmbunătăţesc cu THM, este puţin probabil ca mărirea dozei de estrogen să fie soluţia.

Depresia şi menopauza

Depresia nu înseamnă doar un sentiment de tristeţe, ci o afecţiune medicală asociată cu o tristeţe care persistă, cu deznădejdea, energia scăzută şi un interes scăzut pentru activităţile care odinioară aduceau plăcere. Depresia poate afecta emoţiile, gândurile, comportamentul, somnul, pofta de mâncare, capacitatea cognitivă şi sănătatea fizică. Tranziţia spre menopauză este asociată cu un risc crescut de depresie – în funcţie de studiu, între 19 şi 36% dintre femei pot suferi de depresie în această fază. Motivele sunt complexe şi se pare că haosul hormonal permite apariţia depresiei la femeile care prezintă acest risc. în mod obişnuit, creierul
este capabil să compenseze multitudinea de schimbări hormonale care au loc odată cu

tranziţia spre menopauză şi nivelurile scăzute de estrogen de după ultima menstruaţie, dar unele femei pot avea o capacitate redusă de adaptare la schimbările hormonale.

Faptul că depresia este asociată cu menopauza nu este surprinzător – cazurile de depresie la femei sunt mai multe decât la bărbaţi –, iar ea poate fi declanşată de schimbările hormonale, de exemplu, tulburarea disforică premenstruală (versiunea extremă a sindromului premenstrual) şi depresia postpartum. Numărul de cazuri de depresie este mai mare la femeile care intră la menopauză înainte de vârsta de 45 de ani şi, în special, la cele cu insuficienţă ovariană primară (vezi capitolul 6) decât la cele a căror ultimă menstruaţie este mult mai târzie. Se pare că, cu cât o femeie este expusă mai mult timp la estrogenul secretat de ovare, cu atât sunt mai mici şansele de apariţie a depresiei asociate cu tranziţia spre menopauză. 0 estimare sugerează o scădere de 5% a riscului de depresie severă pentru fiecare doi ani de întârziere a menopauzei. Acest lucru nu ar trebui să fie luat ca o relaţie de tip cauză-efect cu nivelurile de estrogen – de fapt, studiile nu leagă nivelurile de estrogen de depresie –, deşi, în mod interesant, nivelurile mai ridicate de testosteron au fost asociate într-un studiu cu un risc mai mare de apariţie a depresiei.

Depresia care apare în timpul tranziţiei spre menopauză apare probabil din cauza unei combinaţii dintre haosul hormonal, durata de expunere la estrogeni de-a lungul vieţii, factorii genetici, sănătatea clinică şi factorii sociali determinant! ai sănătăţii. Şi J J f cu cât se adaugă mai multe dintre aceste cauze, cu atât riscul este mai mare. Printre factorii specifici care au fost identificaţi se numără:

* **EXPERIENŢELE NEGATIVE DIN COPILĂRIE**

J

(ENC). Experienţele negative din copilărie, cum ar fi abuzul emoţional, haosul din familie cauzat de divorţ sau nesiguranţa alimentară, afectează structura şi funcţia creierului. Zonele afectate J

sunt hipocampul şi cortexul prefrontal, care sunt şi zone influenţate în mod special de estrogen şi implicate în memorie. Femeile care au trecut prin două sau mai multe astfel de experienţe sunt mai predispuse să se confrunte cu depresia legată de menopauză.

• EMOŢIILE. Femeile care sunt mai

J

pesimiste în privinţa îmbătrânirii şi a menopauzei şi cele care au mai multe emoţii negative (cum ar fi îngrijorările sau gândurile anxioase) prezintă un risc mai mare de a face depresie. Acest lucru nu înseamnă că emoţiile sau

J

gândurile cauzează depresia, ci că studiile au identificat o asociere.

* SOMNUL INSUFICIENT. Dificultăţile

J

legate de somn sunt un simptom al depresiei, iar lipsa somnului o poate agrava.

* **SUSŢINEREA SOCIALĂ SCĂZUTĂ.** Poate

J

că eşti nefericită în căsnicie, eşti singură sau ai puţini prieteni apropiaţi sau membri ai familiei. Relaţiile sociale protejează creierul la fel cum o face şi estrogenul.

* FUMATUL. Mecanismul nu este cunoscut, dar există o asociere certă.

* **FACTORII SOCIALI DETERMINANT! AI**

J SĂNĂTĂŢII, cum ar fi dificultăţile financiare şi stresul.

* **GRĂSIMEA VISCERALĂ.** Nu S6 Ştie dacă

este vorba despre cauză sau efect. Cu alte cuvinte, nu se ştie dacă inflamatia sau schimbările J

hormonale cauzate de grăsimea activă metabolic contribuie la apariţia depresiei sau schimbările hormonale specifice depresiei, cum ar fi cele de cortizol, sunt cele care cresc riscul apariţiei grăsimii viscerale.

De ce anume nu pare să fie legată depresia? în mod surprinzător, de bufeuri!

Poate că te uiţi la această listă şi oftezi. Şi este adevărat că multe dintre lucrurile din

9

listă nu pot fi schimbate, dar în cazul femeilor care nu şi-au început tranziţia spre menopauză pot exista oportunităţi de a-şi consolida apărarea creierului împotriva depresiei, cum ar fi să aibă un somn mai bun, să renunţe la fumat sau să-şi creeze noi relaţii de prietenie. Adesea, femeile descoperă că cercul lor social se micşorează în preajma vârstei de 40 de ani din diverse motive – mutarea într-un loc nou, începerea unor noi relaţii, despărţirile sau divorţurile, copiii şi viaţa, pentru a numi doar câteva.

Femeile ar trebui să se supună anual unui test de depistare a depresiei. Un instrument bun este PHQ-2 (unde PHQ este acronimul de la Patient Health Questionnaire), care constă pur şi simplu în două întrebări – în ultimele două săptămâni, cât de des, pe o scară de la 0 la 4, unde 0 = deloc, 1 = câteva zile, 2 = mai mult de jumătate din zile şi 3 = aproape în fiecare zi:

• Ai manifestat foarte puţin interes
sau plăcere în a face unele lucruri?
• Te-ai simţit tristă, deprimată sau
lipsită de speranţă?

Când rezultatul este 3 sau mai mare, este indicată o evaluare suplimentară pentru depresie.

O explicaţie completă a tratamentului depresiei depăşeşte sfera de interes a acestei cărţi. Multe femei cu depresie uşoară reuşesc să o gestioneze bine cu ajutorul psihoterapiei, cum ar fi consilierea din partea unui psiholog sau a unui alt terapeut autorizat ori terapia cognitiv- comportamentală (TCC). Depresia moderată până la severă necesită, de obicei, medicamente antidepresive în plus faţă de psihoterapie. Estradiolul din THM poate fi eficient în tratarea depresiei uşoare până la moderate care apare în timpul tranziţiei timpurii spre menopauză. Se pare că există o fereastră de oportunitate aici pentru ca estradiolul să ajute, deoarece spre sfârşitul tranziţiei spre menopauză şi după ultima menstruaţie, estrogenul nu mai are efect antidepresiv.

Dementa şi boala Alzheimer

9 ***9***

în comparaţie cu bărbaţii, femeile prezintă un risc mai mare de a face dementă şi boala Alzheimer (un anumit tip de demenţă), iar când suferă de aceste afecţiuni, acestea apar adesea mai devreme. Femeile cu o menopauză mai târzie (expunere mai lungă la estrogen pe parcursul vieţii) prezintă un risc mai mic de a suferi de demenţă, iar femeile a căror menopauză se instalează înainte de vârsta de 45 de ani au un risc mai mare. Ţinând cont de

aceste aspecte, este firesc să ne întrebăm cum se leagă acest
lucru de menopauză şi dacă tratamentul hormonal al menopauzei (THM) poate contribui la diminuarea acestui risc. Multi factori care nu au legătură cu estrogenul pot creste riscul unei femei de a suferi de demenţă şi de boala Alzheimer. De exemplu, regimul alimentar (vezi capitolul 21), lipsa exerciţiilor fizice, fumatul, precum şi hipertensiunea arterială şi diabetul (ultimele două afectează negativ vasele de sânge, reducând fluxul către creier). Şi factorii genetici cresc riscul apariţiei bolii Alzheimer, în special a unei gene numite AP0E4, care pare să crească riscul în cazul femeilor chiar mai mult decât în cazul bărbaţilor. Gena APOE furnizează instrucţiuni pentru producerea unei proteine numite apolipoproteină E. Există mai multe versiuni ale genei APOE, iar persoanele care moştenesc versiunea numită AP0E4 prezintă un risc mai mare de a face Alzheimer. Se pare că există o interacţiune între AP0E4 şi estrogeni care creşte vulnerabilitatea femeilor tinere la Alzheimer în timpul primilor ani după instalarea menopauzei.

Multe femei se întreabă dacă THM ajută la prevenirea demenţei sau a bolii Alzheimer. Informaţiile ne arată că începerea THM după vârsta de 60 de ani sau la mai mult de zece ani după ultima menstruaţie poate creşte riscul acestor afecţiuni. Femeile cu o funcţie cognitivă inferioară la momentul iniţial au fost deosebit de vulnerabile la riscul crescut de dementă asociat cu THM.

în cazul femeilor mai tinere, informaţiile sunt puţin mai complexe. Mulţi cercetători se întreabă dacă există o fereastră critică în timpul tranziţiei spre menopauză sau foarte devreme după ultima menstruaţie în care estrogenul din tratamentul hormonal al menopauzei (THM) poate preveni apariţia dementei. Două cercetări – studiul KRONOS de prevenţie timpurie şi studiul KEEPS – au inclus femei aflate la cel mult trei ani de la ultima lor menstruaţie şi le-au urmărit patru ani pentru a evalua impactul asupra funcţiei cognitive al estrogenilor ecvini conjugaţi (EEC) administraţi pe cale orală sau al estradiolului administrat transdermic. Niciunul dintre cele două studii nu a evidenţiat vreo îmbunătăţire pe termen scurt, dar cum modificările cauzate de demenţă şi Alzheimer încep în creier cu mult înainte de a exista vreun semn fizic care ar putea fi evaluat, cercetătorii s-au întrebat dacă nu cumva scanarea creierului ar putea oferi indicii timpurii.

La câţiva ani după ce studiul KEEPS s-a încheiat, cercetătorii au rechemat femeile care participaseră pentru a le reevalua creierul. în acest moment, tomografiile cerebrale ale femeilor care luaseră EEC prezentau unele modificări negative la nivelul vaselor de sânge în comparaţie cu cele care luaseră placebo, în timp ce femeile care folosiseră estradiol administrat transdermic au fost mai puţin influenţate, dar nu s-a înregistrat nicio modificare în ceea ce priveşte rezultatele testelor
funcţiilor cognitive. Nu se ştie dacă acest efect asupra vaselor de sânge s-ar putea traduce printr-un risc crescut de apariţie a demenţei pe parcurs sau dacă este o constatare falsă.

în cadrul aceluiaşi studiu, cercetătorii au analizat tomografie creierul femeilor pentru a depista prezenţa plăcilor amiloide, care sunt observate în cazul bolii Alzheimer şi care apar la tomografie cu ani înainte de apariţia simptomelor. Ceea ce au descoperit a fost că femeile purtătoare ale genei AP0E4 şi care folosiseră estradiol administrat transdermic prezentau o diminuare a depozitelor de plăci amiloide, un efect care nu a fost însă observat în rândul femeilor care nu erau purtătoare ale genei AP0E4. Nu se ştie dacă estrogenul, atunci când este administrat la timp, ar putea diminua plăcile în cazul tuturor femeilor, dacă femeile care erau purtătoare de AP0E4 erau în mod unic sensibile la estrogen sau dacă există o altă explicaţie.

în prezent, nu există dovezi care să susţină începerea tratamentului cu THM pentru a reduce posibilitatea de a face boala Alzheimer sau dementă la femeile cu risc mediu. Există dovezi că renunţarea la fumat, o dietă sănătoasă şi exerciţiile fizice regulate pot ajuta – de fapt, aproximativ 50% din riscul apariţiei bolii Alzheimer este legat de aceşti factori potenţial modificabili. Există, de asemenea, unele întrebări fără răspuns cu privire la efectele potenţial negative ale estrogenilor asupra vaselor de
sânge din creier pe termen lung, iar efectul observat pe tomografiile cerebrale a fost mai pronunţat cu EEC administrat oral comparativ cu estradiolul administrat transdermic, ceea ce sugerează posibilitatea ca această modificare să fie legată de creşterea coagulării în vasele sanguine (estrogenii administraţi oral afectează coagularea sângelui, în timp ce aceia administraţi transdermic nu o fac; vezi capitolele 17 şi 18). Este absolut necesar să se facă mai multe studii în acest sens. Dacă femeile cu gena APOE4 ar trebui să ia în considerare estradiolul pentru sănătatea creierului la menopauză depăşeşte subiectul din cartea de faţă, iar femeile cu risc genetic ridicat de apariţie timpurie a bolii Alzheimer ar trebui să se afle sub supravegherea medicilor cu experienţă în acest domeniu.

DE RETINUT

*

- Estrogenul influenţează multe aspecte ale sănătăţii şi funcţionării creierului, dar odată cu instalarea menopauzei, creierul pare să se adapteze la noul context hormonal.
- Haosul hormonal al tranziţiei spre menopauză
poate duce la modificări cognitive temporare; există factori care pot face ca aceste modificări să fie mai îngrijorătoare decât ar fi în urma unor evaluări prin teste obiective.
- Depresia poate apărea în timpul tranziţiei spre
menopauză, probabil din cauza unei vulnerabilităţi subiacente combinată cu modificarea nivelului de hormoni.
- Femeile cu forme mai uşoare de depresie pot
beneficia de estrogen prin THM.
- Dementa şi boala Alzheimer sunt mai frecvente la
femei decât la bărbaţi; pentru majoritatea femeilor, începerea THM pentru protejarea creierului nu este indicată din cauza multor întrebări rămase încă fără răspuns.

CAPITOLUL 13

Vaginul şi vulva

Sindromul genito-urinar al menopauzei şi tratamentele

Modificările la nivelul vulvei şi al vaginului cauzate de menopauză se numeau înainte atrofie vaginală, dar acum se foloseşte termenul „sindrom genito-urinar al menopauzei" (SGM). Deşi este adevărat că ţesuturile vaginale se atrofiază, ceea ce înseamnă că devin mai subţiri şi se pot micşora, denumirea mai veche era problematică. în primul rând, vaginul este doar una dintre structurile afectate. Vezica urinară, uretra, clitorisul şi vulva suferă şi ele modificări asociate nivelului scăzut de estrogen. Apoi, mai este şi faptul că atrofia este sinonimă cu micşorarea.

Importanţa noastră, a femeilor, e oricum diminuată de către societate pe măsură ce

îmbătrânim, aşa că un termen care face ca vaginul să pară o violetă decrepită care se ofileşte este inacceptabil.

SGM nu este un acronim atrăgător, dar este mai cuprinzător şi le reaminteşte tuturor – femeilor şi medicilor lor – de F
potenţiala amploare a problemei.

în acest capitol vom discuta problemele medicale legate de vagin şi vulvă; pentru mai multe informaţii despre vezica urinară şi uretră, vezi capitolul 14.

SGM este frecvent – până la 15% dintre femei semnalează manifestări în timpul tranziţiei spre menopauză şi, în cele din urmă, până la 80% vor avea unele simptome. Multe femei cu SGM nu primesc îngrijirea de care au nevoie. Unele nu consideră că simptomele lor sunt legate de menopauză, altele cred că nu există opţiuni de tratament sigure.

Multe femei sunt respinse de către medicii lor, iar unele pur şi simplu nu se simt suficient de confortabil pentru a discuta despre ceea ce le îngrijorează din punct de vedere sexual.

Femeile care sunt cel mai mult deranjate de neplăcerile SGM au vârste cuprinse între 45 şi 64 de ani, dar nu se ştie dacă simptomele se reduc cu adevărat de-a lungul timpului, dacă femeile renunţă să mai caute asistenţă medicală pentru simptomele lor pentru că au fost respinse sau ignorate de prea multe ori, ori dacă lipsa unui partener sexual sau alte afecţiuni medicale conduc la o schimbare a priorităţilor.

Vulva şi vaginul – curs introductiv

Să începem cu o scurtă prezentare a vulvei şi a vaginului (oricine doreşte o analiză aprofundată ar trebui să pună mâna pe cartea mea *Biblia vaginului).* Vaginul este interiorul, un tub fibromuscular căptuşit cu mucoasă (tegument specializat). El face legătura între uter şi vulva care se află în exterior. Cu alte cuvinte, acolo unde hainele ating pielea este vulva. Vulva include tot ceea ce se află de la muntele lui Venus (chiar sub osul pubian) până chiar deasupra anusului (vezi figura 14). Locul în care vaginul şi vulva se suprapun la deschidere este cunoscut sub numele de vestibul.

Labiile mici, care sunt labiile interioare, variază ca dimensiune – la 50% dintre femei, ele depăşesc labiile mari şi acest lucru este normal.

Labiile mici conţin o cantitate mică de ***r***
grăsime şi pot avea uneori ţesut erectil. Ele sunt pline de terminaţii nervoase specializate. Labiile mici se despart în apropierea glandului, partea vizibilă a clitorisului – partea de sus se uneşte cu prepuţul clitoridian, iar cea de jos se transformă în fren (care este foarte sensibil)

Prepuţul clitoridian Muntele lui Venus

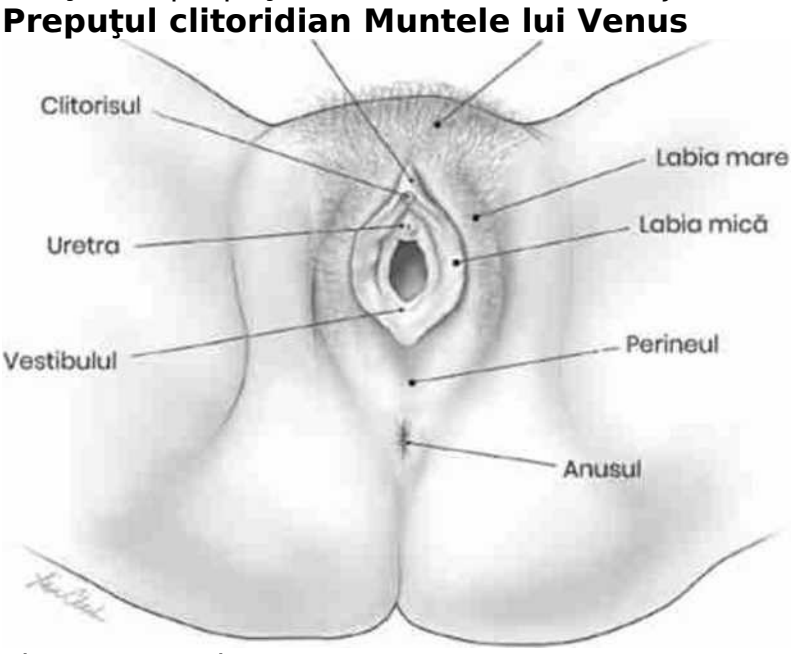
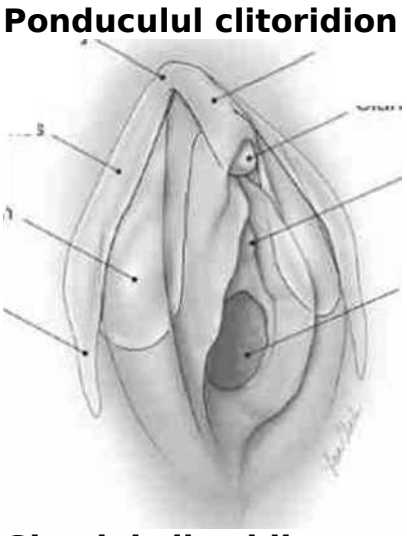


Figura 14. Vulva

care se uneşte cu partea inferioară a glandului. Având în vedere terminaţiile nervoase specializate şi aceste conexiuni cu glandul clitoridian, tragerea şi presiunea aplicată asupra labiilor mici pot fi foarte excitante pentru multe femei.

Partea exterioară a glandului este relativ mică (la unele persoane poate arăta ca o boabă de fasole sau ca o bomboană mică) şi este parţial acoperită de o piele numită prepuţ. întregul clitoris în sine este mult mai mare – glandul este doar vârful aisbergului – şi are forma unui Y inversat, cu patru braţe în loc de două. Două dintre braţe se numesc bulbi, iar celelalte două, pedunculi. Bulbii şi pedunculii se unesc la nivelul corpului clitoridian şi apoi se unesc cu glandul (vezi figura 15). Clitorisul este în contact cu uretra, de aceea multe femei au o zonă foarte sensibilă, în sensul bun, în jurul uretrei şi/sau chiar în interiorul vaginului, imediat sub vezica urinară. Acest lucru este adesea numit punctul G, dar nu este un punct anume. în medicină îl numim
complexul clitoris-uretră-vagin, iar zona care se excită la atingere variază adesea de la o persoană la alta. Dacă acesta nu este un punct deosebit de plăcut pentru tine, este în regulă. Fiecare femeie este construită diferit.

Rdddcind
Corpul cavornos
Bulbul clitoridion
Ponducului clitoridion



Glandul clitoridion
Orificiul urotral
Doschizótura vagináid
Corpul clitoridion

Figura 15. Anatomia clitorisului

Atunci când femeile ating orgasmul prin penetrare vaginală, se datorează faptului că penisul, degetele sau jucăria sexuală fie ating, fie trag de clitoris, fie îl stimulează într- un alt mod, dar este important de reţinut că 1 din 3 femei nu atinge orgasmul doar prin penetrare vaginală, pentru că mecanica pur şi simplu nu este suficientă pentru clitorisul lor. Degetele, limba şi jucăriile sexuale oferă mult mai multă precizie decât un penis. Orgasmele cu penetrare peniană – aşa- numitul orgasm vaginal sau „matur" al doctorului Sigmund Freud – nu sunt superioare orgasmelor provocate de stimularea directă a clitorisului cu degetele sau prin oricare altă metodă. Probabil că Freud nu avea nici cea mai vagă idee că clitorisul înseamnă mai mult decât glandul, dar, indiferent de asta, ideea că nu ar putea exista plăcere reală fără grosimea
impunătoare a unui penis a devenit o temă recurentă dăunătoare şi misoginã, pur şi simplu neadevărată. La urma urmei, lesbienele declară mai multe orgasme în timpul sexului decât femeile heterosexuale.

Schimbările survenite odată cu menopauza

Vulva şi vaginul suferă modificări semnificative, fie direct, din cauza lipsei de estrogen, fie indirect, din cauza diminuării fluxului de sânge către ţesuturi. Şi producţia de colagen scade odată cu vârsta. Colagenul este o proteină care, printre altele, conferă ţesuturilor rezistenţă şi elasticitate, astfel încât pierderea lui odată cu menopauza şi vârsta duce la creşterea fragilităţii ţesuturilor şi la scăderea
r 9 f
elasticităţii. Din punct de vedere fizic, ţesuturile par mai deschise la culoare, iar atunci când SGM este sever, pot apărea mici pete roşii la nivelul vestibulului şi în interiorul vaginului, care sunt rezultatul unor vase capilare extrem de fragile din care s-a infiltrat sânge în ţesuturi.

Microbiomul vaginal suferă o schimbare dramatică, trecând de la un mediu dominat de lactobacili la o varietate de alte bacterii. Pentru unele femei, acest lucru poate avea ca rezultat unele schimbări subtile ale mirosului vaginal normal. PH-ul creşte, adesea este de 5,5 sau mai mare (pH-ul înainte de menopauză este de obicei de 3,8-
4,5) şi gradul de lubrifiere scade. De asemenea, vaginul se micşorează puţin în lungime şi în lăţime, probabil din cauza schimbărilor fluxului de sânge şi ale colagenului, dar pot exista şi alte motive. Toate aceste modificări, pe lângă pierderea elasticităţii ţesutului şi creşterea fragilităţii,
J J I I f *
pot provoca dureri în timpul actului sexual. Interesant este faptul că penisul se micşorează şi el odată cu vârsta, din cauza scăderii nivelului de testosteron, a scăderii fluxului de sânge şi a producţiei de colagen. Doar că nu auzim atât de des vorbindu-se despre asta.

Există un mit conform căruia, odată cu vârsta, vaginul riscă să facă parte dintr-un scenariu de tipul „foloseşte-l sau îl pierzi" – adică, fără potenţa unui penis, vaginul se poate micşora permanent. Este pur şi simplu şocant (imaginează-ţi sarcasmul din vocea mea) faptul că nu există un mit similar conform căruia se poate evita micşorarea penisului prin contactul vaginal regulat. Teoriile de tipul „foloseşte-l sau îl pierzi" s-au bazat pe informaţii de calitate inferioară care astăzi nu ar mai fi acceptate. Pierderea estrogenului şi schimbările legate de vârstă sunt cele care afectează vaginul, nu înseamnă un strigăt după atingerea unui bărbat. Rareori, când o femeie are o inflamare semnificativă din cauza estrogenului scăzut şi ţesuturile au devenit atât de fragile încât sângerează la atingere, pereţii vaginului pot fuziona. în cei 30 de ani de când conduc un cabinet de medicină vaginală şi vulvară, am văzut acest lucru doar o dată sau de două ori. Chiar dacă s-ar închide vaginul din cauza lipsei de sex odată cu vârsta, un penis nu ar putea împiedica mecanic acest lucru, deoarece, pentru aceste femei, sexul vaginal ar fi mult prea dureros, iar un penis nu poate reduce inflamarea ţesuturilor şi nici nu poate repara vasele de sânge. Este un penis, nu o baghetă magică.

Odată cu vârsta, clitorisul îşi reduce dimensiunea, iar cantitatea de ţesut erectil scade, dar nu se ştie dacă acest lucru este specific vârstei sau dacă are legătură cu cantitatea de estrogen. Labiile mici îşi pot micşora dimensiunea, iar labiile mari se pot aplatiza puţin sau pot chiar să pară puţin mai mari din cauza laxităţii pielii şi a ţesutului adipos care îşi schimbă localizarea. Albirea părului pubian începe de obicei după vârsta de 45 de ani şi este un fenomen legat de vârstă.

în timpul tranziţiei spre menopauză şi la scurt timp după menopauză, femeile prezintă un risc crescut de afecţiuni cutanate autoimune care implică vulva şi/sau vaginul – cele mai frecvente sunt lichenul scleros şi lichenul plan. Aceste afecţiuni nu provoacă doar simptome supărătoare, cum ar fi mâncărimi, arsuri şi dureri în timpul contactului sexual, ci sunt asociate şi cu unele modificări de ordin fizic. De exemplu, pielea poate deveni albă şi extrem de fragilă, labiile mici se pot micşora şi chiar dispărea, ţesutul de deasupra
glandului clitoridian poate fuziona astfel încât glandul să nu se mai vadă, iar ţesutul cicatricial poate determina îngustarea vaginului – ceea ce, într-un stadiu avansat şi netratat, poate progresa până la punctul în care vaginul fuzionează şi se închide.

Aceste afecţiuni ale pielii afectează între 1 şi 3% dintre femei şi, deşi pot apărea la orice vârstă, riscul pare deosebit de ridicat în timpul tranziţiei spre menopauză, posibil din cauza impactului hormonilor asupra sistemului imunitar. Lichenul scleros şi cel plan pot provoca simptome similare cu cele ale SGM – mâncărimi, uscăciune, durere în timpul actului sexual, senzaţie de tensiune sau de pierdere a elasticităţii ţesuturilor – astfel încât pot fi diagnosticate în mod eronat ca fiind SGM. Lichenul scleros şi cel plan sunt asociate cu un risc mai mare de cancer al vulvei şi necesită un tratament specific, aşa că este important ca femeile cu aceste afecţiuni să consulte un specialist în domeniu.

Simptomele SGM

Cel mai frecvent simptom al SGM este uscăciunea vaginală, dar alte simptome includ senzaţia de arsuri vaginale, ca de şmirghel, durere la penetrarea vaginală, pruritul vaginal şi vulvar, iritarea la ştergerea după folosirea toaletei, scăderea lubrifierii în timpul actului sexual, modificarea mirosului şi a secreţiilor. Pierderea elasticităţii poate
face ca penetrarea vaginală să fie dureroasă sau mai dificilă, iar această durere în timpul sexului poate afecta libidoul. SGM creşte, de asemenea, riscul apariţiei infecţiilor urinare sau ale vezicii urinare (vezi capitolul 14).

Cu timpul, femeile pot face şi dermatită perianală, care înseamnă roşeaţă şi inflamare cronică şi, uneori, pielea din jurul anusului se poate deteriora, fiind foarte iritantă şi chiar deranjantă. Dermatita perianală înseamnă creşterea fragilităţii pielii odată cu înaintarea în vârstă, combinată cu traumatismul repetitiv produs prin ştergere şi expunerea pielii la fecale, care sunt foarte iritante din punct de vedere chimic. Această afecţiune este probabil

mai puţin legată de SGM şi mai mult un fenomen de îmbătrânire a pielii.

Unele femei semnalează o scădere a intensităţii orgasmului sau un timp mai îndelungat pentru a-l atinge. Ar putea exista mai multe motive, inclusiv reducerea fluxului de sânge către ţesuturi, modificările dimensiunii şi ţesutului erectil ale clitorisului, cele legate de vârstă sau de estrogen în modul în care nervii comunică cu creierul, sau chiar o slăbiciune ori scăderea capacităţii de reacţie a muşchilor diafragmei pelviene (aceia care se contractă fizic în timpul orgasmului), a căror masă – ca în cazul tuturor muşchilor – scade odată cu vârsta. Aceşti muşchi reacţionează şi la

II I I

estrogen, aşa că este posibil să existe efecte combinate ale îmbătrânirii şi ale

I pierderii de estrogen. Nu este ceva

neobişnuit ca după menopauză femeile să aibă nevoie de un vibrator pentru a atinge orgasmul, deşi nu le era necesar înainte, iar acest lucru *nu* reprezintă o incapacitate. Unele femei consideră că exerciţiile Kegel pentru creşterea rezistenţei diafragmei pelviene (vezi capitolul 14) le aduc beneficii în ceea ce priveşte atingerea orgasmului.

Atenţie la îngrijirea vulvei

Fundamentul controlului asupra SGM este îngrijirea pielii vulvei şi a celei perianale. Cu o fragilitate crescută, pielea este mai predispusă să devină uscată, ceea ce creşte şi mai mult riscul apariţiei unor leziuni microscopice, declanşând un ciclu de iritaţie şi inflamare care poate progresa până la punctul în care încercările uşoare de masturbare, sex oral sau chiar de ştergere cu hârtie igienică pot fi suficiente pentru a provoca disconfort. Recomandările-cheie pentru o bună îngrijire vulvară includ următoarele:

*** UTILIZEAZĂ UN PRODUS DE CURĂŢARE.**

Săpunul poate afecta pelicula acidă, stratul protector de grăsime şi alte substanţe microscopice care acoperă pielea. De asemenea, săpunul poate reacţiona cu pielea vulvei, ridicând pH-ul de la 4,0-5,2 la 10, şi o poate usca. Un produs de curăţare facială neparfumat – mărcile

ieftine din farmacii sunt foarte potrivite – este cea mai bună opţiune.

*** EVITĂ ŞERVEŢELE IGIENICE.** Acestea pot fi importante pentru femeile cu incontinenţă, pentru a le ajuta să se cureţe atunci când nu sunt acasă, dar majoritatea conţin substanţe iritante şi sunt inutile f I

din punct de vedere igienic. Ele sunt un motiv frecvent al iritatiilor vulvare şi al dermatitei perianale. Aş putea scrie un eseu de 10 000 de cuvinte despre cum şerveţelele sunt o combinaţie de infantilizare f

a femeilor (ele sunt menite să îndepărteze fecalele de pe fundul unui bebeluş; femeile nu sunt bebeluşi şi sunt capabile să se şteargă cu hârtie igienică sau să folosească un bideu), o urmă a culturii purităţii (curăţenia sau falsa curăţenie a şerveţelelor J I J

igienice înseamnă că o femeie este „bună") şi obsesia unei societăţi patriarhale de a umili femeile pentru corpul lor normal (dacă femeile au nevoie ca pielea lor să fie pregătită pentru bărbaţi şi invers nu este adevărat, atunci concluzia este că femeile sunt inerent murdare). Dacă şerveţelele igienice ar avea ca scop igiena genitală, şi nu asuprirea femeilor,

atunci ar exista şi pentru bărbaţi rafturi cu astfel de produse cu arome diferite şi denumiri precum încântarea lui Gogu, Evadare la apus şi Lăbuţe de căţel.

*** UTILIZEAZĂ ABSORBANTELE PENTRU INCONTINENŢĂ, NU PE CELE** MENSTRUALE.

Absorbantele menstruale nu pot face faţă volumului de urină şi, în consecinţă, rămân umede, ceea ce provoacă iritarea pielii şi, dacă acest lucru se întâmplă suficient de des, la deteriorarea ei.

- **HIDRATEAZĂ-TI PIELEA.** Uscăciunea

f

este duşmanul pielii. Uleiul de cocos, cel de măsline şi vaselina de uz medicinal sunt alternative bune şi ieftine. Există alternative mai scumpe care pretind că sunt făcute pentru pielea vulvei, deşi nu s-au publicat rezultate semnificative pentru niciuna dintre ele. Deşi nu este posibil să le demonstrezi afirmaţiile, având în vedere ingredientele, este puţin probabil să ofere un avantaj real. Un produs hidratant ţine mai mult de ceea ce îţi place – senzaţia pe care o oferă un produs este un lucru foarte personal. Unora dintre femei le plac borcanele frumoase, iar cumpărarea acestor produse le

poate da sentimentul de îngrijire de sine. Atâta timp cât produsul nu este parfumat şi nu irită, cele mai multe sunt probabil în regulă. Cu toate acestea, unele dintre companii promovează aceste produse nu doar împotriva uscăciunii, ci şi ca instrumente de prevenire a pericolelor mirosului feminin, care nu este un aspect medical, ceea ce este un mesaj dăunător. Acest lucru poate influenta decizia unora dintre femei de a utiliza anumite produse. (Când am chef, mă iau de aceşti producători pe profilul meu de Instagram. La un moment dat se vor plictisi de mine şi vor elimina mesajele dăunătoare despre „mirosul feminin".)

*** TUNDE-ŢI PĂRUL PUBIAN, NU ÎL ELIMINA.**

Părul pubian creşte umiditatea şi, prin urmare, reţine umezeala la nivelul vulvei. îndepărtarea completă a părului – fie că este vorba de epilare cu ceară, de ras sau de orice altă metodă – deteriorează stratul superior al pielii, creşte riscul tăieturilor şi, pe măsură ce pielea îmbătrâneşte, consecinţele pot fi mai grave.

- **DACĂ FUMEZI, FĂ TOT POSIBILUL SĂ TE**

LAŞI. Fumatul are efecte anti-

estrogenice şi afectează circulaţia sângelui către piele în toate zonele.

Lubrifiantii

f

Aceste produse se folosesc în timpul sexului, fie că este vorba de masturbare sau cu un partener. Multe femei şi partenerii lor apreciază aceste produse indiferent de vârstă sau de stadiul menopauzei, dar pentru unele femei, ele pot deveni necesare dacă suferă de SGM. Pentru multe femei cu simptome uşoare, lubrifiantii pot fi tot ceea ce este necesar.

Există trei tipuri de lubrifiant!: pe bază de apă, de silicon şi de ulei. Senzaţia dorită sau ceea ce mie îmi place să numesc efectul de alunecare al unui lubrifiant este foarte personală. Unele femei adoră felul în care un produs se simte pe piele, iar altele l-ar putea considera lipicios. în general, femeile cu SGM tind să se simtă cel mai bine cu un lubrifiant pe bază de silicon, aşa că, dacă o femeie nu a mai folosit lubrifiant până acum sau dacă ultima dată a fost cu multi ani în f

urmă, atunci cel pe bază de silicon este un bun punct de plecare. Toate aceste produse conţin o combinaţie de unul sau mai multi compuşi siliconici, cum ar fi dimeticona, ciclometicona şi dimeticonolul, ceea ce înseamnă că nu există o chestie organică,

personalizată cu silicon. Unii lubrifianţi cu silicon pot conţine şi cantităţi mici de ulei de cocos sau de vitamina E, care este, de asemenea, un ulei. în cele ce urmează sunt prezentate câteva produse obişnuite în Statele Unite, care par bine tolerate:

- Astroglide X – doar silicon;
- Astroglide X Silicone gel – silicon şi ulei de nucă de cocos;
- Über Lube – silicon şi vitamina E.

Cu toate că atât Astroglide, cât şi Über Lube susţin că această cantitate mică de ulei nu le schimbă compatibilitatea cu prezervativele din latex, nu am găsit niciun studiu public care să susţină această afirmaţie. Cei de la Astroglide mi-au răspuns la solicitarea de a obţine mai multe informaţii; ei au precizat că au efectuat teste pentru a stabili compatibilitatea, dar nu miau putut pune la dispoziţie documentele. Cei de la Über Lube nu au răspuns la e-mailul meu.

Am în cabinet o rezervă mare de pachete de Über Lube de unică folosinţă pentru examenele pelviene şi nu cred să-mi fi spus vreo pacientă că i se pare neplăcut pe vulvă sau în vagin; de fapt, multe sunt surprinse că nu le irită. Deşi apreciez că această observaţie pare părtinitoare, îmi notez produsele pe care le folosesc şi le recomand, precum şi orice feedback pe care îl primesc. Unele persoane consideră că lubrifianţii pe bază de silicon sunt mai greu de curăţat de pe aşternuturi şi că e posibil să nu fie compatibili cu toate jucăriile sexuale din silicon.

Lubrifianţii pe bază de apă necesită mai multe cunoştinţe despre ingrediente, iar o alegere greşită în acest caz este mai probabil să provoace iritaţii. lată câteva considerente:

* PH-UL, adică aciditatea produsului.

Cel mai bine este să alegi unul care să fie apropiat de pH-ul vaginal, adică 3,5-4,5, chiar dacă el creste odată cu instalarea ***t*** menopauzei. Din păcate, cele mai multe produse nu menţionează pH-ul lor.

- OSMOLALITATEA, care s-ar putea traduce drept concentraţia. Atunci când osmolalitatea este mai mare decât cea a secreţiilor vaginale, produsul va absorbi apa din ţesuturile vaginale, ceea ce poate provoca iritaţii şi chiar creşte riscul femeii de a contracta o infecţie cu transmitere sexuală **f** (ITS) dacă este expusă. Osmolalitatea secreţiilor vaginale este 260-280 mOsm/kg şi cel mai bine este să foloseşti un produs cu o osmolalitate <380 mOsm/kg. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) recomandă să nu se folosească lubrifiant! cu o f osmolalitate >1 200 mOsm/kg.
- ANUMITI CONSERVÂND. Trebuie evitate **I I** produsele cu gluconat de clorhexidină, poliquaternium şi mai mult de 8,3% glicerină, deoarece acestea pot irita ţesuturile şi/sau afecta **J I** ecosistemul vaginal.
- **PARFUMUL, SUBSTANŢELE AROMATICE ŞI CARE DAU O SENZAŢIE DE ÎNCĂLZIRE I** trebuie evitate. Ingredientele de acest gen pot fi iritante, iar aceste produse au adesea o osmolalitate foarte mare.

Având în vedere toate aspectele legate de lubrifiantii enumerati mai sus şi ştiind că **I I II** etichetarea produselor nu este întotdeauna completă, iată câţiva lubrifianţi pe bază de apă, care se încadrează în intervalele recomandate:

- Good Clean Love, pH 4,73 şi 240 mOsm/kg;
- Yes Baby Vaginal-Friendly Lubricant, pH 4,22 şi 249 mOsm/kg;
- Yes Water-Based Intimate Lubricant, pH 4,08 şi 154 mOsm/kg.

Cremele hidratante vaginale

Aceste produse rehidratează ţesuturile vaginale şi sunt preparate ca bioadezivi, astfel încât produsul rămâne pe ţesuturile vaginale şi rezistă mai multe zile. în general, sunt bine tolerate. în plus, deseori aceste produse reprezintă grupa placebo din studiile în care se evaluează hormonii vaginali şi, uneori, au performanţe la fel de bune ca estrogenii în doze mai mici. Ele sunt cel mai eficiente când problema este uscăciunea, dar pot fi utile şi multor femei care au dureri în timpul actului sexual.

Cremele hidratante pot fi pe bază de apă (glicerina este un ingredient comun, aşa că, atunci când este prezentă, trebuie să fie într- o concentraţie de 8,3% sau mai puţin), pe bază de silicon, de ulei sau de acid hialuronic ori o combinaţie a lor. Acidul **J** hialuronic este o moleculă mare care se găseşte în celulele pielii şi în jurul lor şi care lubrifiază şi hidratează celulele. Impactul cremelor hidratante nu este cumulativ, aşa că, dacă încerci unul dintre aceste produse şi nu observi un beneficiu după patru săptămâni de utilizare regulată conform indicaţiilor, ia în considerare trecerea la un alt ingredient activ, de exemplu, de la silicon la acid hialuronic. (Consultă tabelul 2 de la pagina 450 pentru o listă de produse, pH şi osmolalitate.)

Hormonii

Estrogenul vaginal este considerat cea mai bună variantă pentru SGM, ceea ce înseamnă că, dintre toate opţiunile farmaceutice şi cele eliberate fără reţetă, este de departe cel mai bine studiat şi eficient. Un alt hormon numit dehidroepiandrosteron sau DHEA este o completare recentă la tratamentele vaginale pe bază de reţetă în cazul SGM. DHEA este unul dintre hormonii implicaţi în procesul care transformă colesterolul în estradiol (vezi capitolul 3). DHEA nu are niciun efect direct asupra ţesuturilor în sine; este util pentru că este transformat în interiorul celulelor în testosteron şi estrogen. Estrogenii vaginali şi DHEA cresc fluxul sanguin, inversează fragilitatea ţesuturilor, restabilesc lubrifierea şl repopulează microbiomul vaginal cu bacterii benefice. Acestea sunt eficiente în tratarea uscăciunii şi a pruritului vaginal, a durerii la contactul sexual şi pot ajuta în cazul modificărilor de miros.

Tratamentul hormonal al menopauzei (THM) tradiţional este eficient doar în proporţie de 50% în cazul sindromului de menopauză generalizată, deoarece nivelurile de estrogen rezultate sunt adesea insuficient de crescute în ţesuturile vaginale şi vulvare. (THM constă în administrarea de hormoni pe cale orală sau transdermică; vezi capitolul 17.) Deoarece există riscuri mai mari în cazul THM (deşi sunt mici) în comparaţie cu tratamentul vaginal şi el este util în doar aproximativ jumătate dintre cazuri, THM nu este recomandat doar în

scopul tratării SGM. Cu toate acestea, o femeie care începe THM din alte motive, de exemplu, din cauza bufeurilor, poate aştepta două-trei luni pentru a vedea cum îi ajută acest tratament vaginul şi vulva înainte de a decide să recurgă şi la alte tratamente.

Produsele estrogenice vaginale din Statele Unite şi Canada sunt fie estradiolul, fie estrogenii ecvini conjugaţi sau EEC. Numele de marcă este Premarin (vezi capitolele 17 şi 18 pentru informaţii suplimentare despre aceşti estrogeni). Estrogenii vaginali sunt disponibili într-o gamă largă de doze, precum şi de metode de aplicare, inclusiv creme, inel vaginal, comprimate şi supozitoare vaginale, astfel încât este posibilă personalizarea în funcţie de nevoile fiecărei femei. DHEA vaginal este un supozitor vaginal şi este disponibil într-o singură doză. (Vezi tabelul 3 de la pagina 450 pentru o listă a produselor şi a dozelor.)

Estrogenul şi DHEA vor avea nevoie de cel puţin şase săptămâni pentru a acţiona, dar pentru un efect complet pot trece două- trei luni, astfel încât merită să faci un tratament de trei luni şi apoi să reevaluezi situaţia. Toate produsele, cu excepţia inelului cu estrogen şi a DHEA, se administrează de obicei pentru început în fiecare zi, timp de 14 zile, iar apoi de două ori pe săptămână. Dacă femeile preferă să folosească doar o doză de două ori pe săptămână, vor obţine aceleaşi rezultate în cele din urmă; doar că poate dura mai mult. Nivelurile sanguine de estrogeni pot creşte episodic în primele câteva săptămâni atunci când se utilizează crema de estradiol, crema EEC şi DHEA şi, eventual, intermitent după aceea. Acest nivel nu este suficient de
ridicat pentru a genera îngrijorări legate de sănătate – crema cu estradiol şi EEC în
special au în spate zeci de ani de informaţii colectate, dar acesta poate fi motivul pentru care unele femei semnalează iniţial sensibilitate la nivelul sânilor. Odată ce estrogenul tratează inflamaţia vaginală, nivelurile scad. Dacă se administrează doze mai mari de cremă decât cele enumerate în tabelul 3, atunci este mai probabil ca nivelurile de estrogen să crească.

Dacă iei estrogen vaginal sau DHEA nu există un risc crescut de apariţie a cancerului de sân, a atacului de cord, a accidentului vascular cerebral sau a demenţei, în ciuda avertismentului Black Box Warning cerut de Food and Drug Administration (FDA). Avertismentul se bazează pe studii privind tratamentul administrat pe cale orală şi transdermică şi nu se aplică tratamentului vaginal. Mai multe studii de calitate au arătat că aceste preocupări nu reprezintă o problemă atunci când estrogenul vaginal este utilizat în mod corespunzător. Spre deosebire de estrogenul administrat pe cale orală sau transdermică, nu este necesar niciun progestogen (progesteron sau un hormon cu proprietăţi similare celor ale progesteronului).

Hormonii vaginali nu au fost studiaţi comparativ, aşa că nu se poate spune că produsul A este superior produsului B. Companiile farmaceutice rareori îşi pun produsul la bătaie printr-o comparaţie directă cu un altul al concurentei – ce se
întâmplă dacă produsul lor se dovedeşte a fi identic sau inferior? în consecinţă, în mod obişnuit vedem doar studii ale companiilor farmaceutice care îşi compară rezultatele cu un placebo, şi aproape întotdeauna concluziile arată beneficii. Când cercetătorii independenţi, cu finanţare din alte surse decât cele farmaceutice, analizează produsele farmaceutice, rezultatele nu sunt întotdeauna la fel de impresionante. De exemplu, atunci când tableta de 10 mcg de estradiol a fost studiată de cercetători independenţi, aceasta nu a avut rezultate mai bune decât crema hidratantă placebo. Nu se ştie dacă este un lucru specific preparatului (unele femei au semnalat că tabletele nu se dizolvă întotdeauna bine) sau dacă există un alt motiv.

O altă problemă cu studiile farmaceutice este modul în care sunt prezentate datele. Adesea, rezultatul are semnificaţie statistică, ceea ce înseamnă că efectul constatat nu s- a produs din întâmplare, dar nu se dezvăluie întotdeauna dacă acest efect a fost semnificativ în cazul acelor femei. De exemplu, capsulele vaginale cu estradiol vândute sub denumirea Imvexxy vin în doze de 4 mcg şi 10 mcg. Aceste doze foarte mici de estradiol au dat rezultate mai bune decât placeboul atunci când au fost analizate modificările la nivel celular într-un studiu numit REJOICE. Acest studiu a descoperit, de asemenea, că femeilor care foloseau Imvexxy li s-a ameliorat mai mult durerea resimţită în timpul contactului sexual decât
în cazul celor care foloseau un produs placebo. Durerea simţită în timpul sexului era înregistrată pe o scală de 4 puncte, 4 reprezentând cea mai mare valoare. în a 12- a săptămână, rezultatul mediu al durerii în timpul actului sexual era de 1,1 cu doza de 4 mcg şi, respectiv, de 1,0 cu doza de 10 mcg şi de 1,4 în cazul femeilor cărora li se administrase placebo.

Ceea ce nu ne spune studiul este dacă un rezultat al durerii în timpul actului sexual de 1 sau 1,1 din 4 este semnificativ diferit de un rezultat de 1,4 din 4. Acest lucru nu înseamnă că femeile nu ar trebui să încerce cea mai mică doză de estrogen; înseamnă doar că studiile nu oferă întotdeauna răspunsurile care ne ajută cel mai mult când discutăm cu femeile despre preocupările lor medicale. Pentru multe femei, cea mai mică doză de estradiol poate da rezultate bune, dar dacă după trei luni nu există nicio schimbare, atunci poate fi necesară o doză mai mare.

Cum să alegi un produs? Pentru multe femei, preţul constituie un aspect important, iar pentru altele este vorba despre modul de aplicare. De exemplu, ideea unui inel care se lasă înăuntru timp de trei luni la rând este foarte tentantă pentru unele femei, iar altele resping categoric ideea (poţi lăsa inelul în interior în timpul sexului sau îl poţi scoate). Aplicarea cremelor le poate deranja pe unele femei, dându-le senzaţia de îmbâcsire, dar pe altele le poate linişti. Ideea unui produs despre care nu s-a demonstrat că poate
creşte nivelul de estradiol peste nivelul menopauzei – comprimatele vaginale de 4 mcg şi 10 mcg şi inelul vaginal – poate fi reconfortantă pentru unele femei, în timp ce altele pot fi mai mulţumite de creme, deoarece siguranţa lor a fost testată mai mult timp (doar să fie dozate corect). Femeile cu multe iritatii la nivelul labiilor f
mici şi al vestibulului ar putea avea nevoie de o cremă, deoarece capsulele pentru uz vaginal sau inelul ar putea să nu ofere suficient estrogen pentru acoperirea acestor ţesuturi. Opţiunile sunt bune şl nu uita că nu este vorba despre un tatuaj – dacă alegi o opţiune şi nu ţi se pare potrivită, o poţi înlocui cu uşurinţă.

Dar cum rămâne cu preparatele magistrale? Conceptul şi multitudinea problemelor şi dezavantajelor sunt abordate în detaliu în capitolul 20. Singurul moment în care sugerez estrogen vaginal preparat în farmacie este atunci când produsul de calitate farmaceutică este prea scump. în Statele Unite, preţurile actuale sunt scandaloase – un tub de cremă generică cu estradiol poate costa peste 300 de dolari. Deşi un tub ar trebui să ţină cel puţin

3 luni, ba chiar adesea până la 6 luni, în funcţie de doză, este vorba de mulţi bani daţi din buzunarul propriu, dacă produsul nu este acoperit sau este doar parţial acoperit de asigurări. Multe farmacii care prepară produse pot face aceeaşi cantitate de estradiol vaginal la preţul de 100 de dolari sau poate chiar mai mic. Problema aici este că cremele preparate în farmacie pot conţine mai mult estradiol decât scrie pe etichetă, ceea ce ar putea fi o problemă de siguranţă pentru unele femei. în cazul în care alternativa este să nu foloseşti nimic, atunci o cremă preparată în farmacie poate fi o opţiune, atâta timp cât aceasta face parte din procesul decizional comun.

Femeile care continuă să aibă dureri în timpul raporturilor sexuale, prurit sau dureri mai generalizate după ce au încercat tratamentul hormonal vaginal trebuie să fie evaluate pentru identificarea altor cauze ale acestor simptome. O trecere în revistă a acestora depăşeşte sfera de interes a acestei cărţi, dar ele se regăsesc în *Biblia vaginului.*

Medicamentele fără hormoni

Ospemifenul (cu denumire comercială Osphena) este un medicament administrat pe cale orală din clasa de medicamente numite modulatori selectivi ai receptorilor de estrogen (MSRE), ceea ce înseamnă că acţionează ca un estrogen pe anumite ţesuturi şi ca un antiestrogen pe altele. Pe ţesuturile vaginale acţionează ca un estrogen. Este aprobat de FDA pentru a trata simptomele vaginale ale SGM.

Ospemifenul este o opţiune bună pentru femeile cărora nu le plac produsele vaginale, care consideră dureroasă aplicarea vaginală sau care caută ceva care nu este, din punct de vedere tehnic, un hormon. Doza este de 60 mg pe zi. Ospemifenul acţionează asupra uterului precum estrogenul şi, deşi eticheta produsului indică faptul că ar putea fi necesar un progestogen pentru a proteja mucoasa uterină, ca în cazul THM (vezi capitolul 17), există unele date care sugerează că acesta ar putea să nu fie necesar şi că decizia trebuie luată pentru fiecare femeie în parte. Reacţiile adverse includ bufeurile şi un risc uşor crescut de
I I
formare a cheagurilor de sânge.

Terapii minim invazive pe bază de energie

Acestea sunt lasere sau dispozitive de radiofrecventă care încălzesc ţesuturile J J vaginale, crescând fluxul sanguin, şi favorizează remodelarea ţesuturilor. Unele f studii de mică amploare indică faptul că acestea pot reface glicogenul din ţesuturi şi pot îmbunătăţi microbiomul vaginal, şi pot reduce pH-ul vaginal până la nivelul de dinaintea menopauzei. în ciuda popularităţii lor crescânde, există foarte puţine date de calitate cu privire la siguranţa acestor dispozitive şi la performanţele lor în comparaţie cu estrogenul, DHEA, Ospemifenul sau chiar un gel placebo. Dacă aceste produse ar fi medicamente, ele nu ar fi încă aprobate de FDA, deoarece datele ar fi considerate insuficiente.

Unul dintre cele mai populare dispozitive se numeşte laser cu dioxid de carbon
I
fracţionat, dar până în prezent există doar două studii mici care îl compară cu estrogenul. Aceste studii nu au inclus un număr suficient de paciente pentru a răspunde la întrebarea cu privire la eficacitatea laserului în cazul SGM sau la siguranţa acestuia. Cel mai mare dintre cele două studii a cuprins 65 de femei, dintre care 32 au fost tratate cu laserul, deci nu sunt multe date pe care să ne bazăm. De asemenea, studiul nu a fost realizat în orb, astfel încât femeile ştiau ce tratament
I
primesc, şi nu a existat o componentă placebo. Pentru a şti cu adevărat dacă acest laser este eficient, un grup de femei ar trebui să primească tratamentul cu laser şi o cremă placebo, un alt grup un tratament fals cu laser şi o cremă vaginală cu estrogen, iar un al treilea grup o procedură fictivă şi o cremă placebo. Acest lucru este deosebit de important având în vedere cât de bine funcţionează cremele placebo şi cremele hidratante în multe studii. în plus, urmărirea acestor două studii mici nu a fost suficient de îndelungată pentru a stabili riscurile. FDA a primit rapoarte cu privire la femei care au fost rănite cu aceste lasere – şi am văzut şi eu asa ceva. Pe baza calităţii scăzute a studiilor şi a lipsei unor date bune privind siguranţa, aceste terapii pe bază de energie nu sunt recomandate în prezent de către American College of Obstetricians and
Gynecologists (ACOG) şi North American Menopause Society (NAMS).

Ipoteza din spatele dispozitivelor cu energie nu este deplasată şi merită testată, dar este exasperant faptul că acestea sunt utilizate de aproximativ cinci ani, şi totuşi nu există încă informaţii de calitate şi rămân o mulţime de întrebări fără răspuns cu privire la siguranţă. Femeile merită mai mult. Este ruşinos dacă ne gândim că femeile au suportat o povară uriaşă din cauza dispozitivelor medicale insuficient testate – de la Dalkon Shield (un dispozitiv intrauterin) la tamponul Rely, dispozitivul Essure pentru sterilizare şi unele tipuri de plase utilizate pentru chirurgia vaginală – şi încă purtăm discuţii despre proceduri netestate care îsi fac loc în domeniul
I
asistenţei medicale pentru femei. Au fost folosite pe femei ani la rând, iar participarea a mai puţin de 100 de femei la studiile prospective concepute inadecvat este pur şi simplu scandaloasă.

Cum de sunt aprobate aceste dispozitive? Ei bine, acestea nu sunt aprobate pentru tratarea SGM în Statele Unite şi Canada. Aceste aparate sunt aprobate pentru alte utilizări şi, pe parcurs, au fost folosite în neconcordantă cu

J eticheta, adică nu în scopul pentru care au fost concepute. Deşi nu sunt la curent cu documentele interne ale niciunei companii, o metodă tipică pentru astfel de dispozitive este aceea că studiile de proastă calitate (care nu oferă genul de concluzii pe care le dorim înainte de a expune femeile la această terapie) sunt generate de utilizarea neconformă cu eticheta. Aceste studii ar trebui doar să genereze ipoteze şi să conducă la efectuarea mai multor cercetări, astfel încât dispozitivul să poată fi evaluat în mod corespunzător. în schimb, se creează cumva un entuziasm în rândul medicilor, pe reţelele de socializare şi în presă. Echipamentul poate fi chiar expus în cadrul conferinţelor sau promovat în rândul medicilor prin intermediul unor campanii prin e-mail, al comunicării verbale şi prin alte strategii – deşi toată lumea este atentă să nu afirme că terapia funcţionează cu adevărat, deoarece nu este aprobată în acest scop. Odată ce dispozitivul este achiziţionat sau închiriat de furnizori, el este oferit tot mai mult ca terapie. Şi uite aşa apare un nou tratament care există fără studii de calitate şi fără un proces costisitor de prezentare pentru aprobare la FDA.

Aceste noi terapii pe bază de energie ar putea aduce schimbări incitante, cu un risc scăzut de apariţie a complicaţiilor atunci când sunt utilizate de un furnizor bine pregătit; ar

putea fi moderat de utile, dar ar necesita tratamente destul de regulate pentru a menţine efectele; ar putea fi relativ inofensive şi nu mai eficiente decât un
placebo, dar ar putea fi şi mai puţin eficiente şi mai dăunătoare decât ştim. în acest moment, se poate spune doar că aceste dispozitive sunt aproape omniprezente, că au fost studiate în mod inadecvat, că nu
ştim cât de bine funcţionează în comparaţie cu produsele disponibile şi că există probleme de siguranţă fără răspuns.

Ceea ce este frustrant şi îngrozitor este faptul că în cei câţiva ani în care aceste dispozitive au fost utilizate neconform cu eticheta, studiul prin care se putea răspunde la aceste întrebări ar fi putut fi efectuat şi am fi avut răspunsul.

Ce se întâmplă dacă o femeie doreşte să încerce o terapie bazată pe energie? Oamenii privesc riscurile în mod diferit, iar posibilitatea ca această terapie să nu fie atât de eficientă pe cât se pretinde sau să prezinte mai multe riscuri decât ştim poate să nu le deranjeze pe unele femei. Unele persoane sunt cu adevărat interesate de terapiile noi şi există femei care pur şi simplu nu doresc să folosească produse vaginale acasă. Atâta timp cât este pe deplin informată cu privire la aspectele necunoscute, o femeie decide singură ce vrea să facă cu corpul ei.

Femeile care au cancer

Unele tipuri de cancer sunt sensibile la estrogeni şi, prin urmare, în cazul femeilor cu o astfel de boală există îngrijorarea că estrogenul din tratamentele vaginale, inclusiv cel din DHEA, ar putea grăbi o recidivă şi le-ar înrăutăţi prognosticul. Cele mai frecvente cancere care se încadrează în acest grup sunt cancerul de sân, cancerul
endometrial (al mucoasei uterului), sarcomul uterin (al muşchiului uterului) şi mai multe tipuri de cancer ovarian.

Femeile cu aceste tipuri de cancer ar trebui să încerce fiecare dintre opţiunile nehormonale discutate. Pentru unele dintre ele, aplicarea unui anestezic local (un medicament care amorţeşte, cel mai frecvent, lidocaină) la nivelul vestibulului (deschiderea vaginală) cu câteva minute înainte de actul sexual poate fi de ajutor pentru ameliorarea durerii în timpul sexului. Terapia sexuală şi fizioterapia pot fi, de asemenea, utile pentru unele femei. Altele pot dori să exploreze sexul anal. Am vorbit la cabinet cu multe femei care luaseră în considerare această opţiune, dar nu făcea parte din obiceiul lor sexual, aşa că au apreciat spaţiul sigur pentru a discuta.

Când aceste opţiuni nu reuşesc să ofere ajutor sau nu sunt acceptabile pentru unele femei, tratamentele cu estrogeni care nu duc la o creştere a nivelului de estrogen pot fi o opţiune, dar acest lucru necesită luarea în considerare a tuturor factorilor implicaţi, cum ar fi tipul şi stadiul cancerului şi timpul scurs de la diagnosticare, astfel încât nu trebuie generalizat. Produsele care pot reprezenta o opţiune în această situaţie sunt estrogenii în doze mici: capsulele de 4 şi 10 mcg, comprimatele de 10 mcg şi inelul vaginal. Cremele pot determina ocazional niveluri de estrogen detectabile, aşa că trebuie evitate. Nivelurile de estradiol pot creşte, de asemenea, cu DHEA, deşi acestea
rămân de obicei în intervalul postmenopauză, astfel încât DHEA este mai puţin optim decât estradiolul în doze mici.

Multe femei cu cancer de sân au o preocupare suplimentară – ele ar putea lua medicamente pentru a preveni o recidivă. Aceste medicamente sunt Tamoxifenul şi o clasă de medicamente numite inhibitori de aromatază, discutate anterior în capitolul 5. Tamoxifenul blochează acţiunea f estrogenului asupra ţesuturilor, iar inhibitorii de aromatază împiedică producerea de estrogen în fiecare ţesut. Tamoxifenul este un medicament interesant, deoarece poate acţiona ca un estrogen asupra anumitor ţesuturi. în consecinţă, nu toate femeile au simptome de SGM atunci când iau Tamoxifen sau, dacă le au, este posibil ca acestea să nu fie atât de grave.

în cazul femeilor cu cancer de sân, cele cu un tip de cancer cu receptori hormonali negativi sunt probabil cele care prezintă cel mai mic risc, iar majoritatea manualelor sugerează că, în urma consultării cu medicii lor şi ca parte a unei decizii comune, este acceptabilă administrarea unei doze mici de estrogen vaginal. Femeile cu cancer de sân cu receptori hormonali pozitivi care iau Tamoxifen pot fi candidate pentru o doză mică de estrogen vaginal; teoretic, dacă se absoarbe estradiol, acesta ar trebui să fie blocat de Tamoxifen pentru a nu afecta ţesutul mamar. Din nou, acest lucru necesită o discuţie cu ginecologul şi oncologul (specialistul în cancer).

Femeile cu cancer de sân care iau inhibitori de aromatază se confruntă cu provocări unice – scopul inhibitorului de aromatază este de a împiedica producerea *tuturor* estrogenilor. Acesta este motivul pentru care efectele asupra SGM sunt atât de profunde. Deoarece inhibitorii de aromatază blochează enzima care produce estrogenul, dacă s-ar absorbi vreun estrogen din tratamentul vaginal, acesta nu ar fi blocat şi ar fi liber să acţioneze asupra ţesuturilor. în cazul în care toate opţiunile nehormonale dau greş, s-ar putea lua în considerare trecerea de la un inhibitor de aromatază la Tamoxifen, deşi este posibil ca această trecere să nu fie întotdeauna cea mai bună variantă în interesul femeii, astfel încât această abordare trebuie să fie individualizată.

O altă opţiune în cazul femeilor pentru care nu se recomandă doze mici de estrogen este reprezentată de terapiile pe bază de energie despre care tocmai am discutat. O femeie care nu poate avea relaţii sexuale din cauza unui inhibitor de aromatază şi care s-ar putea confrunta cu nevoia de a urma un astfel de tratament timp de cinci sau chiar zece ani poate considera că necunoscutele acestei terapii pe bază de energie merită riscul.

Fiecare femeie priveşte riscul în mod diferit, astfel încât modul în care s-ar putea simţi în legătură cu un dispozitiv care nu a fost testat în mod adecvat comparativ cu o doză mică de estrogen care, din câte ştim,
nu este absorbită, poate varia. În plus, femeile trebuie să pună în balanţă orice risc care le pune în pericol calitatea vieţii. A trecut deja prea mult timp de când femeile care au supravieţuit unui cancer erau făcute să creadă că este suficient că trăiesc, că ar trebui să fie fericite că sunt în viată şi că ***r f*** trebuie doar să suporte simptomele vaginale. însă calitatea vieţii este foarte importantă, aşa că femeile cu antecedente de cancer care ar putea fi afectate de hormoni merită să afle care le sunt opţiunile şi, împreună cu medicii lor, să facă alegerile care li se potrivesc.

DE RETINUT

*

- SGM afectează până la 80% dintre femei, iar
  unele simptomele pot începe în timpul tranziţiei spre menopauză.

- Simptomele comune ale SGM sunt uscăciunea vaginală, durerea în timpul actului sexual, arsurile şi pruritul.
- Opţiunile fără hormoni includ îngrijirea corespunzătoare a vulvei, lubrifianţi şi o cremă hidratantă.
- Estrogenul aplicat local şi DEAS reprezintă un tratament eficient împotriva SGM şi au ca rezultat o absorbţie mică sau chiar inexistentă a estrogenului.
- Dispozitivele energetice sunt puţin studiate şi, având în vedere lipsa datelor relevante, încă nu sunt recomandate de entităţile medicale importante.

CAPITOLUL 14

Sănătatea vezicii urinare

Să rupem cultura tăcerii

Este un lucru obişnuit ca femeile să prezinte afecţiuni ale vezicii urinare atât la menopauză, cât şi odată cu înaintarea în vârstă, dar nu este un lucru normal şi există o mulţime de diferente între aceste două cuvinte. *Obişnuit* înseamnă că nu este o surpriză faptul că apare o afecţiune medicală, dar nu înseamnă că acea afecţiune este inofensivă şi că nu ridică probleme sau că trebuie tolerată. în schimb, *normal* face să pară că experienţa respectivă este ceva ce trebuie tolerat. Multe femei au probleme de sănătate a vezicii urinare şi, cu toate acestea, li se spune adesea că acest lucru este „normal" şi că „face parte din ceea ce înseamnă să fii femeie", ceea ce este inacceptabil. Imaginează-ţi ce s-ar întâmpla dacă le-am spune bărbaţilor cu disfuncţie erectilă că problema lor „nu este suficient de gravă pentru a avea nevoie de tratament" sau „că face parte din ceea ce înseamnă să fii bărbat". Iar în cazul disfuncţiei erectile, nimeni nu are scurgeri în public. Din partea femeilor se aşteaptă în mod constant ca ele să tolereze consecinţele biologiei lor, iar asta este inacceptabil.

O temă comună a preocupărilor legate de vezica urinară este cvasi-absenta lor din discursul public. Mă gândesc la toate revistele cu titlurile lor care profeţesc „pierzania" vaginului dacă un articol de lenjerie intimă din dantelă atinge pielea sau la discursul aparent constant despre secreţiile vaginale, şi totuşi, în ceea ce priveşte vezica urinară, cel mai adesea se tace. Nu putem învinui pe nimeni că ar fi sensibil la acest termen; la urma urmei, atât secreţiile vaginale, cât şi urina sunt fluide corporale „de acolo de jos". într-o societate patriarhală, cele mai de preţ lucruri ale femeilor sunt o vulvă şi un vagin virgin, pregătite şi curăţate – întruchiparea literală a miturilor purităţii. Aşadar, societatea poate avea un discurs despre vulvă şi vagin, deoarece umilirea este utilă, dar preocupările legate de vezica urinară sunt asociate senectuţii, o perioadă care face ca femeile să devină ¡relevante.

Infecţiile recurente ale tractului urinar

Infecţia tractului urinar sau ITU înseamnă înmulţirea excesivă a bacteriilor din urină, care conduce la inflamare. Simptomele principale sunt durerea la golirea vezicii urinare (disurie), necesitatea de a merge mai des la toaletă (frecvenţă) şi graba de a merge când e nevoie (urgenţă). Unele femei pot avea sânge în urină (hematurie). Infecţiile urinare recurente sunt diagnosticate când o femeie are două infecţii în decurs de sase luni sau trei în 12 luni.

ITU sunt destul de frecvente. între vârsta de 20 şi 59 de ani, între 2 şi 4% dintre femei au cel puţin una pe an, iar riscul de infecţie începe să crească în jurul vârstei de 60 de ani. Infecţiile urinare recurente se înmulţesc, de asemenea, odată cu vârsta – înainte de menopauză, până la o treime dintre femei vor avea o a doua infecţie în decurs de 12 luni, dar în cazul celor aflate după menopauză, acest număr creşte la 55%. în ciuda riscului sporit al femeilor de a face infecţii urinare recurente după menopauză, acest domeniu rămâne insuficient studiat.

Riscul crescut al apariţiei infecţiilor urinare după menopauză este în mare parte legat de nivelul scăzut de estrogen, care are ca rezultat o varietate de schimbări ce facilitează aceste infecţii, cum ar fi o diminuare a aportului de sânge în ţesuturi, slăbirea ţesuturilor şi înlocuirea bacteriilor protectoare din vagin cu unele mai susceptibile de a provoca infecţii – astfel încât acestea devin o sursă de infecţie pentru vezica urinară. Pierderea de estrogen poate avea şi un impact negativ asupra sistemului imunitar. în plus, există modificări legate de vârstă la nivelul colagenului şi al sistemului imunitar care probabil că joacă şi ele un rol.

Strategiile de prevenire a infecţiilor recurente sunt importante, nu numai pentru a atenua durerea şi suferinţa, ci şi pentru a reduce expunerea la antibiotice, deoarece aceste medicamente pot provoca daune colaterale organismului (de exemplu, diaree asociată administrării de antibiotice şi un risc crescut de a dezvolta bacterii rezistente la antibiotice).

Când o femeie crede că ar putea avea infecţii recurente, cel mai important prim pas este efectuarea unei culturi de urină. Cultura poate confirma un diagnostic corect şi poate informa medicul despre organismul care provoacă infecţia şi dacă acesta a devenit rezistent la vreun antibiotic. Fără antibioticul potrivit, tratamentul este sortit eşecului. Strategiile care s-au dovedit a fi eficiente în prevenirea infecţiilor urinare recurente includ:

* ESTROGENUL VAGINAL. Unele date sugerează că o cremă ar putea fi mai potrivită, dar acest lucru nu este sigur. Femeile ar trebui să încerce orice produs cu estrogen vaginal sau DHEA care li se pare potrivit (pentru opţiuni, vezi capitolul 13). Dacă este aleasă o altă opţiune în locul cremei cu estrogen şi nu există o ameliorare a ITU în următoarele 6 până la 12 luni, poate că ar fi mai bine să fie încercată şi crema, pentru a vedea dacă aceasta este mai eficientă.
* ANTIBIOTICELE. Acestea pot fi luate zilnic (sau la câteva zile, în funcţie de medicament) pentru a preveni infecţia. în cazul femeilor ale căror infecţii sunt declanşate de relaţiile sexuale, utilizarea poate fi limitată la momentul de după actul sexual pentru a reduce expunerea cumulativă la antibiotice. în mod obişnuit, antibioticele sunt administrate între trei şi sase luni şi apoi se reevaluează necesitatea. Antibioticele utilizate în mod obişnuit sunt: trimetoprim, trimetoprim combinat cu sulfametoxazol, nitrofurantoină, cefalexină şi fosfomicină.

l
* **HIPURATUL DE METENAMINĂ.** Este **Ud**
medicament administrat pe cale orală, care în urină se transformă în formaldehidă şi împiedică dezvoltarea bacteriilor. Este sigur şi are puţine efecte secundare.
* D-MANOZA reprezintă zaharuri care
pot inhiba modul în care bacteriile se leagă de ţesutul vezicii urinare. Există un studiu bine realizat care a indicat că 2 grame de D-manoză pe zi au fost la fel de eficiente ca un antibiotic administrat zilnic.
Există şi alte opţiuni în caz de ITU recurente, adesea recomandate, dar pentru care există puţine dovezi sau chiar niciuna care să le susţină utilizarea:
* MERIŞORUL. Cea mai mare parte
dintre studii a fost finanţată -
f
surpriză – de industria
merisoarelor. Nu există cu
l
adevărat date de calitate care să-i susţină eficienţa, ceea ce este oarecum surprinzător având în vedere cât de des este recomandat. O analiză amplă a datelor disponibile în care produsele pe bază de merişor au fost comparate cu un placebo nu a relevat niciun beneficiu.
* VITAMINA c. Ipoteza este că acidifică
urina până în punctul în care bacteriile nu se mai pot dezvolta, dar nu există cu adevărat date care să-i susţină utilizarea.
• PROBIOTICELE. Bacterii benefice, probioticele recolonizează vaginul, fie restabilind mecanismele de apărare, fie înlocuind bacteriile care pot cauza ITU. Datele sunt de foarte proastă calitate şi este posibil să nu primeşti întotdeauna ceea ce pretinde eticheta – într-un studiu privind probioticele în general, 44% dintre produsele testate au fost etichetate incorect, ceea ce înseamnă că acestea conţineau specii care nu figurau pe etichetă sau le lipseau unele ingrediente. Probioticele sunt de obicei şi foarte scumpe, astfel încât se pare că banii pe care îi plătesc consumatorii nu sunt
întotdeauna investiţi în controlul
r
calităţii.
r
• ŞTERGEREA. Multor femei li se spune
să aibă grijă să se şteargă din faţă spre spate după ce merg la toaletă, dar nu există dovezi că această practică este utilă.
* **GOLIREA VEZICII URINARE IMEDIAT DUPĂ**
SEX nu este susţinută de date.
r
Asta surprinde mereu femeile când le spun!
Femeile care au infecţii urinare recurente ***r***
ar putea consulta un specialist pentru a se asigura că primesc toate terapiile preventive adecvate şi că au fost luate în considerare şi alte cauze mai puţin frecvente ale infecţiilor recurente.
Incontinenta
J
Incontinenţa urinară înseamnă pierderea involuntară de urină şi, deşi afectează femei de toate vârstele, riscul creşte odată cu îmbătrânirea. Aproximativ 25% dintre femeile tinere, 50% dintre cele de vârstă mijlocie şi 75% dintre femeile vârstnice suferă de incontinenţă urinară. Din păcate, mai puţin de 50% dintre femeile care au pierderi de urină cel puţin o dată pe săptămână apelează la medic.
Incontinenta urinară de efort sau IUE
Aceasta este pierderea de urină care se produce în cazul unor activităţi care pun mai multă presiune asupra vezicii urinare. în mod normal, când tuşim, strănutăm sau ridicăm ceva greu – orice activitate care creşte presiunea la nivelul abdomenului –, forţa se transmite în egală măsură şi asupra vezicii urinare şi a uretrei. Astfel, în timp ce presiunea sau stresul suplimentar asupra vezicii urinare încearcă să împingă mai multă urină afară, uretra se strânge şi mai tare pentru a o împiedica să iasă, iar rezultatul net este că nu există pierderi. în cazul IUE, forţele care sunt transferate asupra vezicii urinare le depăşesc pe cele care permit uretrei să se închidă şi apar scurgeri.
Cea mai bună comparaţie este cea cu un furtun prin care curge apă (în cazul nostru, uretra), aşezat pe pământ (ţesuturile de susţinere). Mecanismul normal al continenţei este asemenea unui picior care calcă pe uretră – fluxul de urină este oprit. în cazul IUE, ţesuturile de susţinere se schimbă, aşa că, în loc de un suport de ciment, imaginează-ţi un teren noroios şi alunecos. Acum, când piciorul calcă pe furtun, furtunul poate aluneca, iar din cauza presiunii piciorului, etanşeitatea este deficitară, astfel că apar scurgeri. Motivele apariţiei IUE sunt variate. Genetica joacă în mod clar un rol în ceea ce priveşte rezistenţa şi susţinerea ţesuturilor. Pierderea
I **/** ***r***
estrogenului afectează, de asemenea, integritatea ţesuturilor; cu toate acestea, administrarea sistemică a unui tratament hormonal al menopauzei sau THM (adică pe cale orală sau transdermică, vezi capitolul 17) este de fapt asociată cu un risc crescut de IUE, astfel încât, în mod evident, rolul estrogenului este complicat. Vârsta are un impact negativ asupra colagenului, precum şi asupra masei musculare, inclusiv asupra muşchilor diafragmei pelviene, care înconjoară şi susţin vezica urinară şi uretră. Deteriorarea ţesuturilor din cauza naşterii f I
este un factor, iar obezitatea joacă şi ea un rol. Fumatul este un factor de risc pentru IUE, precum şi constipaţia, deoarece sforţarea repetată poate răni ţesuturile.
Unele femei au pierderi doar când sar pe o trambulină sau când ridică greutăţi din cauza exercitării unei presiuni atât de mare asupra vezicii urinare încât uretră cedează. Femeile care au pierderi de urină doar în aceste situaţii pot fi ajutate cu oricare dintre tratamentele împotriva IUE.
Femeile care cred că au IUE ar trebui să fie evaluate pentru depistarea unei infecţii urinare, deoarece aceasta poate cauza incontinenţă. Odată ce au primit undă verde, adoptarea unor strategii elementare, cum ar fi atenţia la consumul de apă (recomandarea de opt pahare de apă pe zi este un mit) şi exerciţiile de întărire a diafragmei pelviene – numite adesea exerciţii Kegel – sunt un bun punct de plecare. Multe femei pot învăţa să facă

aceste exerciţii pe cont propriu, dar
unele pot avea nevoie de ajutor din partea unui fizioterapeut specializat în sănătatea diafragmei pelviene.

Exerciţiile Kegel constau în contracţii susţinute (menţinerea comprimării sau a contracţiei muşchilor diafragmei pelviene, lucrând până la zece secunde), precum şi în contracţii scurte – adică o contracţie simplă, urmată de relaxare care durează maximum două secunde, repetate de mai multe ori. Cu o mai mare putere şi control al muşchilor pelvieni, femeile pot învăţa şi ceea ce se numeşte manevra Knack, care constă în contractarea diafragmei pelviene înainte şi în timpul tusei. Despre cum să începi exerciţiile Kegel poţi citi în *Biblia vaginului* şi pe pagina de internei American Urogynecological Association (AUGS) la adresa augs.org (dă click pe secţiunea „Patient Services").

Golirea temporizată a vezicii urinare, adică urinarea după un anumit program, poate fi utilă. Motivele pentru care funcţionează sunt probabil mai complexe decât pur şi simplu să nu ajungi niciodată la punctul în care vezica este plină. Golirea este un reflex complex care implică mulţi factori comportamentali, iar semnalele fizice şi golirea temporizată pot ajuta la consolidarea altor circuite între creier şi vezică. Când exerciţiile pentru diafragma pelviană sunt combinate cu golirea temporizată, incontinenţa se poate ameliora semnificativ.

Chiar şi o mică pierdere în greutate poate avea un impact mare asupra IUE – pierderea a aproximativ 8% din greutatea corporală poate reduce numărul episoadelor de incontinenţă la jumătate, iar renunţarea la fumat poate fi, de asemenea, utilă.

Variantele în cazul IUE implică susţinerea dispozitivului de protecţie pe care l-am discutat în analogia cu furtunul. Acest lucru poate fi realizat cu ajutorul pesarelor intravaginale (dispozitive pentru reducerea incontinenţei urinare), care sunt plasate longitudinal în vagin şl care oferă suport pentru uretră. Unele femei consideră că un tampon poate fi de ajutor şi există un dispozitiv asemănător cu un tampon care se vinde fără reţetă, numit Impressa. Un medic poate încerca să insereze un inel împotriva incontinenţei, care are avantajul de a fi reutilizabil şi poate fi purtat pentru perioade mai lungi decât tamponul sau Impressa. Există şi un dispozitiv împotriva incontinenţei urinare care poate fi procurat fără reţetă, numit Uresta, nefiind necesară o vizită la medic. Dispozitivele pentru incontinenţă urinară pot fi foarte utile şi împotriva IUE, iar femeile sunt, în general, foarte satisfăcute de aceste opţiuni.

Dar cum rămâne cu estrogenul? Am abordat deja modul în care THM poate agrava incontinenţa urinară de efort – deci femeile care aleg să înceapă THM trebuie să fie conştiente de acest lucru –, dar estrogenul vaginal (vezi capitolul 13) poate ajuta unele femei, iar motivele sunt
necunoscute. Este posibil ca estrogenul prezent în uretră şi în vagin în cantităţi mici (aşa cum ar fi obişnuit în cazul THM) să aibă un efect, iar dozele mai mari existente la nivelul ţesuturilor vaginale şi al vezicii urinare obţinute cu ajutorul hormonilor vaginali să aibă un alt efect.

Intervenţia chirurgicală poate fi, de asemenea, utilă împotriva IUE. Cea mai frecventă procedură se numeşte „bandeletă uretrală" şi implică introducerea unei benzi de plasă sub uretră, care oferă acelaşi tip de protecţie ca un pesar. Există şi alte opţiuni chirurgicale în cazul IUE, dar o discuţie în acest sens depăşeşte sfera de interes a acestei cărţi.

r

Multe femei au auzit poveşti şi rapoarte îngrijorătoare despre plasa vaginală şi, prin urmare, ar putea fi surprinse când li se recomandă o procedură cu plasă împotriva IUE. Dar nu toate plasele sunt la fel, iar acesta este un factor important care este neglijat în mod constant atunci când citesc articole de presă despre plasele chirurgicale. Să bagi toate plasele chirurgicale în „aceeaşi oală" este ca şi cum ai pune la un loc toate autovehiculele, de la autoturismele care au trecut cu succes inspecţiile de siguranţă şi au primit calificative înalte din partea publicaţiei *Consumer Reports* până la maşinile de teren fără airbaguri sau centuri de siguranţă. Da, şi unele, şi celelalte sunt autovehicule, dar nu sunt la fel.

Multe dintre problemele legate de plasele chirurgicale sunt din cauza unor produse care nu au fost testate în mod adecvat şi care nu ar fi trebuit să ajungă niciodată pe piaţă, iar eu sunt norocoasă că specialiştii în probleme ale vezicii urinare cu care lucrez de multi ani nu au luat niciodată în f
considerare utilizarea acestor produse, deoarece datele erau insuficiente. Din cauză că aceste produse de tip plasă au fost puternic promovate de companiile farmaceutice ca fiind „uşoare" – intervenţiile chirurgicale tradiţionale pentru incontinenţă şi prolaps (discutate în continuare) necesită o pregătire suplimentară în afara rezidenţialului –, ele au fost adesea folosite de chirurgi care nu ar fi trebuit să realizeze niciodată o astfel de operaţie. Nu încerc să îi disculp pe aceşti medici, ci mai degrabă încerc să explic diferenţa dintre o plasă proastă şi una care a fost studiată şi este considerată sigură în momentul în care este folosită de chirurgi bine pregătiţi.

Bandeletele uretrale, cea mai frecventă intervenţie chirurgicală cu plasă împotriva IUE, reprezintă probabil una dintre cele mai studiate proceduri din ginecologie. Volumul de date este impresionant şi reprezintă o mărturie pentru acei medici care se dedică sănătăţii femeilor. Numărul femeilor ***r***
satisfăcute de bandelete este mare, iar cel al cazurilor cu complicaţii este scăzut. Ca orice intervenţie chirurgicală, există riscuri, iar un chirurg bun ar trebui să le treacă în revistă pe toate, astfel încât fiecare femeie să poată decide asupra raportului risc- beneficiu personal. Din nefericire, multe
femei cu IUE nu se informează suficient cu privire la această operaţie, aşa că, de îndată ce aud cuvântul „plasă", pur şi simplu nu mai vor să discute nimic.

Vezica hiperactivă

Vezica urinară hiperactivă (VHA) este exact asa cum sună – adică vezica urinară este antrenată să se golească atunci când conţine un volum de urină mai mic decât cel ***r***
obişnuit. în cazul sindromului VHA, vezica este tensionată şi se contractă fără să primească un semnal că se umple şi că trebuie să se golească. VHA nu este o afecţiune specifică menopauzei, ci doar una comună.

în mod normal, volumul necesar pentru golire este de 180-240 de mililitri, dar în cazul VHA nevoia de a urina apare la volume mai mici. La unele femei, nevoia de a urina poate avea factori declanşatori – cum ar fi să se îndrepte spre baie sau să îşi dea hainele jos, dar alteori se poate întâmpla pe nepusă masă. La femeile cu VHA disconfortul poate fi creat pur şi simplu de nevoia de a urina, ceea ce înseamnă că femeia este capabilă să ajungă la baie la timp, doar că trebuie să meargă des şi este incomod şi enervant. Pe de altă parte, nevoia poate fi atât de acută, încât vezica se goleşte şi femeia pierde urină involuntar. Dacă femeile îşi pierd mobilitatea, o VHA care înainte nu avea scăpări se poate

transforma în incontinenţă pentru că femeile nu pot ajunge la timp la baie.

Femeile care suspectează că suferă de VHA ar trebui să ţină un jurnal al vezicii urinare, adică să noteze tot ceea ce beau şi cât urinează timp de cel puţin 24 de ore pentru a monitoriza frecvenţa micţiunilor, volumul de urină eliminat şi dacă au scăpări, în cazul în care au scăpări, trebuie să ştie dacă ele sunt uşoare sau în cantitate mai mare. Acest lucru este util pentru urmărirea progreselor, precum şi pentru a te asigura că ai cu adevărat VHA, spre deosebire de cazul în care bei atât de multe lichide pe parcursul zilei încât multiplele tale ieşiri la toaletă reprezintă faptul că vezica ta funcţionează normal. în plus, este important să se excludă o infecţie urinară.

f

Terapiile pentru VHA susţinute de dovezi medicale includ:

*** ANTRENAREA VEZICII URINARE.** Aceasta este o tehnică de control al mintii f asupra vezicii urinare, deoarece creierul este cel care îi spune să se relaxeze pentru a se putea umple şi să se contracte ori să se golească. Această metodă înseamnă creşterea timpului între vizitele la toaletă pentru a antrena conexiunea creier-vezică să accepte un volum mai mare de urină înainte de a da alarma „trebuie să merg la toaletă". De asemenea, încorporează tehnici

pentru a controla nevoia, cum ar fi relaxarea sau distragerea atenţiei. Consolidarea conexiunii dintre creier şi vezica urinară este eficientă deoarece majoritatea semnalelor dintre ele sunt cele care promovează relaxarea vezicii urinare. în cadrul studiilor, antrenamentul vezicii urinare are rezultate mai bune decât medicamentele împotriva sindromului VHA.

* DIETA. Unele alimente pot irita vezica

urinară, contribuind la apariţia spasmelor. Printre alimentele care trebuie limitate sau evitate se numără cafeaua, ceaiul, sucurile carbogazoase, îndulcitorii artificiali, sucurile de fructe şi alcoolul.

* **REVIZUIREA TRATAMENTULUI** MEDICAMENTOS. Unele femei iau diuretice sau pastile pentru eliminarea apei care măresc volumul de urină. Uneori poate fi posibilă schimbarea acestui medicament cu unul care nu măreşte volumul de urină.

* **FIZIOTERAPIA DIAFRAGMEI PELVIENE.** Contractarea diafragmei pelviene trimite un semnal către vezica urinară să se relaxeze. Acest lucru poate contribui la calmarea VHA în general, iar prin antrenament femeile pot învăţa şi o manevră care să contribuie la reducerea impulsului la comandă. Efectuarea unui set de cinci contracţii rapide urmate de relaxarea imediată a muşchilor pelvieni – de îndată ce apare nevoia de golire a vezicii – poate relaxa vezica urinară şi poate oferi timp pentru a ajunge la toaletă fără a avea scăpări.

* MEDICAMENTELE. Acestea contribuie la reducerea contracţiilor vezicii f

urinare. Există o întreagă varietate pe piaţă. Dacă unul este ineficient sau a avut efecte secundare intolerabile, un alt medicament poate fi mai eficient sau mai bine tolerat.

Substanţele

medicamentoase obişnuite pentru VHA includ oxibutinina, solifenacina, tolterodina, darifenacina, fesoterodina şi clorura de trospiu. în general, dacă o femeie a încercat un medicament împotriva VHA care nu a dat rezultate, atunci ar trebui să consulte un specialist.

• INJECŢIILE. Toxina botulinică A

I

(botox) injectată în muşchiul vezicii urinare este foarte eficientă.

* CHIRURGIA. Aceasta presupune implantarea unui dispozitiv care stimulează un nerv care alimentează vezica urinară. Această variantă este rezervată în mod obişnuit femeilor care nu au obţinut rezultate cu alte opţiuni.

Există o varietate de alte terapii împotriva VHA care sunt mai puţin studiate, cum ar fi dispozitivele energetice şi o procedură asemănătoare acupuncturii, cunoscută sub numele de stimularea percutanată a nervului tibial.

Caruncului uretral

Aceasta este o afecţiune în care pierderea suportului tisular determină celulele uretrei să formeze o protuberanţă şi să se irite. Caruncului este o leziune de culoare roşie, cu o dimensiune de aproximativ 1 centimetru în zona meatului uretral. Dar având în vedere cât de greu este să te uiţi la propria vulvă, pentru femeile care îşi folosesc telefonul pentru a vedea ce le supără, un caruncul poate arăta ca o formaţiune proeminentă care iese din vagin şi poate fi atât de înfricoşător – enervant ar fi de fapt o descriere bună –, încât poate semăna chiar cu o tumoră canceroasă, dar el este benign.

Caruncul este asociat pierderii de estrogen la nivelul ţesutului de susţinere al meatului uretral şi răspunde bine la crema

locală cu estrogeni, fie cu estradiol, fie cu EEC (estrogeni ecvini conjugaţi).

Prolapsul organelor pelviene

Prolapsul organelor pelviene sau POP reprezintă coborârea sau lăsarea în jos a vaginului, a uterului, a vezicii urinare sau a intestinului ori o combinaţie a acestora.

r

Adesea poate fi dificil să te uiţi la un POP, aşa că gândeşte-te la o şosetă trasă pe mână – dacă o parte din interiorul şosetei este prinsă şi trasă în jos spre deschidere, cam asa arată POP.

Unele cazuri de POP sunt fireşti odată cu înaintarea în vârstă, deoarece ţesuturile lăsate sunt sinonime cu îmbătrânirea colagenului. Vaginul este literalmente proiectat să se întindă (un lucru bun atunci când încerci să aduci pe lume un copil), dar acest lucru îl face mai vulnerabil la efectele unice ale îmbătrânirii asupra ţesuturilor elastice. Un prolaps uşor este atât de obişnuit încât 40-50% dintre femeile care nu au simptome află de el abia la examinare, astfel încât nu contează dacă o femeie are POP, ci mai degrabă dacă are simptome deranjante cauzate de această afecţiune.

Cel mai frecvent simptom al POP este o umflătură la nivelul deschizăturii vaginale, care poate fi simţită când te ştergi sau când te aşezi. Presiunea crescută sau senzaţia că ceva iese în afară sunt, de asemenea, simptome posibile, iar atunci când POP este în stare gravă, partea care a prolapsat poate să fi coborât atât de mult încât să se afle în afara vaginului (gândeşte-te la o şosetă întoarsă pe dos pe jumătate). Alte simptome ale POP sunt dificultăţile de defecare şi, ocazional, obstrucţionarea fluxului de urină. POP nu provoacă durere în timpul actului sexual sau dureri pelviene.

POP nu este o afecţiune specifică menopauzei. Ea are legătură cu modificările colagenului survenite odată cu vârsta, cu susceptibilitatea genetică şi cu orice activitate

care poate deteriora colagenul din ţesuturi, cum ar fi fumatul, constipaţia cronică şi naşterea.

Unele femei sunt puternic deranjate de POP, dar altele nu sunt deloc. Acesta este un aspect foarte important, deoarece, cu excepţia cazului în care POP obstructionează fluxul de urină sau f
prolapsul este atât de sever încât ţesuturile atârnă prin vagin şi se ulcerează din cauza expunerii (ele nu sunt menite să fie externe), nu este o afecţiune care să necesite f tratament medical. De obicei, POP este tratat doar dacă pacienta este deranjată. Aceasta este o preocupare importantă pentru calitatea vieţii, dar trebuie făcută o distincţie importantă – tratarea POP este o opţiune validă, dar de obicei nu este o necesitate medicală.

Multe femei pot obţine o ameliorare considerabilă a simptomelor cu ajutorul exerciţiilor pentru muşchii pelvieni (exerciţiile Kegel, după cum am mai
menţionat) şi al unui pesar – dispozitiv care se amplasează în vagin pentru a susţine ţesuturile şi care este asemănător unui inel f l
pentru incontinenţă, dar unul cu steroizi. Acestea necesită un pic mai multă experienţă decât inelul împotriva incontinenţei pentru a fi amplasate – medicul trebuie să cunoască gama de dispozitive de acest gen şi să înţeleagă cum poate funcţiona fiecare pesar în funcţie de anatomia femeii şi de tipul şi gravitatea prolapsului. Pesarele sunt foarte eficiente în cazul prolapsului organelor pelviene şi foarte multe femei sunt mulţumite de ***r***
rezultat. Chiar şi în cazul unui POP avansat, un pesar corect fixat va avea succes la aproximativ două treimi dintre femei.

Intervenţia chirurgicală în cazul POP depăşeşte sfera de interes a acestei cărţi. Femeile ar trebui încurajate să încerce mai întâi toate opţiunile nechirurgicale, iar dacă acestea nu dau rezultate sau dacă prolapsul le deranjează în continuare, atunci intervenţia chirurgicală ar putea fi o soluţie viabilă. Intervenţia chirurgicală în cazul prolapsului este o operaţie de amploare, iar nivelurile de recurentă sunt ridicate – ***r***

problema principală este reprezentată de fragilitatea ţesutului, iar intervenţia chirurgicală nu poate rezolva această problemă. Intervenţia chirurgicală în cazul prolapsului poate provoca uneori dureri pelviene sau dureri în timpul actului sexual; adesea acest lucru poate fi tratat, dar nu întotdeauna. Orice femeie care se gândeşte
la o intervenţie chirurgicală în cazul prolapsului ar trebui să fie evaluată de un chirurg – fie de un obstetrician ori ginecolog, fie de un urolog – care este specializat în uroginecologie, astfel încât să poată evalua corect riscurile pacientei în raport cu beneficiile tratamentului ales.

DE RETINUT

*

- Riscul apariţiei infecţiilor urinare recurente creşte

atât la menopauză, cât şi odată cu vârsta, iar estrogenul vaginal este o strategie preventivă eficientă.

- Incontinenţa este frecventă şi se agravează pe

măsură ce femeile îmbătrânesc, în principal din cauza problemelor legate de vârstă, nu a modificărilor hormonale cauzate de menopauză.

- Multe femei evită să se preocupe de incontinenţă

şi, din păcate, rămân fără tratament.

- IUE apare când uretra nu este capabilă să se

închidă şi să prevină pierderile de urină; există multe terapii nechirurgicale eficiente, dar există şi operaţii care dau rezultate foarte bune.

- Vezica urinară hiperactivâ este o conexiune

spastică între creier şi vezica urinară şi există multe tratamente eficiente.

CAPITOLUL 15

Să vorbim despre sex

Povestea complicată a dorinţei

Discuţia despre sex este complicată; suntem permanent bombardaţi cu imagini
care ne spun că viaţa noastră ar trebui să se rezume la sex. Sex! Şi mai mult sex! Orice altceva mai puţin decât sexul este anormal. Dar studiile arată că există o mare discrepanţă între ceea ce spun oamenii că îşi doresc în materie de sex (Mult! Mai mult!) şi cât sex fac de fapt cei mai mulţi dintre ei (o dată pe săptămână, puţin mai mult în cazul persoanelor căsătorite).

Motivul pentru care oamenii care ar putea face mai mult sex nu fac (adică cei care au parteneri) este complicat. Unii nu comunică bine pe plan sexual – n-ar trebui să presupui ce vrea partenerul din punct de vedere sexual, la fel cum nu ar trebui să presupui ce şi-ar putea dori la cină. Alţii pot simţi presiunea societăţii de a spune că sexul este ceea ce contează mai presus de orice, chiar şi în cadrul sondajelor. Se întâmplă ca oamenii să nu fie sinceri în sondajele referitoare la viaţa lor intimă pentru că să recunoşti ceva faţă de tine însuţi poate fi dificil. De asemenea, mulţi dintre noi ne dorim mai multe lucruri care ne plac, aşa că, atunci când suntem întrebaţi într-un sondaj, este posibil să acordăm unui lucru un punctaj mai mare decât ceea ce se poate realiza în mod practic în realitate.

Şi, în final, există o mulţime de idei eronate despre sex. Mulţi cred în mod greşit că a face sex în cuplu este unul dintre acele lucruri spontane care se întâmplă fără planificare. Şi în timp ce pasiunea, pofta şi emoţia de a avea pe cineva nou pot constitui un stimulent spontan al sexului la începutul
unei relaţii, adevărul este că o viaţă sexuală de succes pe termen lung necesită cultivare. Mulţi depun mai mult efort pentru organizarea activităţilor de după şcoală pentru copiii lor sau curăţenia casei, în postările pe reţelele de socializare sau pentru cumpărături decât depun pentru viaţa lor sexuală. Nu îi judecăm. Toate acestea sunt lucruri importante care trebuie acceptate. Ca să fie cu adevărat o prioritate mai mare, sexul chiar trebuie *să fie o* prioritate mai mare.

în plus, există o întreagă industrie farmaceutică, precum şi mulţi medici care doresc ca femeile să creadă că lipsa excitaţiei lor (o dorinţă spontană ridicată sau apetitul sexual) este o afecţiune medicală. Ceea ce vreau să spun este că răspunsul sexual normal al multor femei a fost transformat într-o boală care poate fi tratată doar cu medicamente. Acest lucru deformează mesajele pe care le primesc femeile, deoarece medicamentele pentru sex sunt cele care apar pe prima pagină a ziarelor, nu răspunsul sexual normal.

Cu câţiva ani în urmă, a apărut un medicament, numit flibanserină, pentru tulburarea hipoactivă a dorinţei sexuale (sau THDS – o afecţiune care acum nu se mai *r*
diagnostichează şi care este, probabil, cel mai bine descrisă ca absenta excitaţiei f f

spontane), care a fost puternic promovat de un grup de medici specializaţi în medicină sexuală, finanţaţi de industria farmaceutică, care şi-au numit campania „Even the Score". Bărbaţii primesc tot felul de medicamente pentru sex, susţin ei, dar femeile sunt lăsate deoparte. Şi aceasta era o criză, deoarece 43% dintre femei sufereau de lipsa dorinţei sexuale. Era o adevărată epidemie de tulburări de dorinţă.

f

îmi amintesc că atunci când am citit pentru prima dată aceste cifre m-am îngrozit. Cunosc o mulţime de femei şi vorbesc zilnic cu pacientele despre sex şi aproape jumătate dintre ele nu sunt deranjate de viaţa lor sexuală. în realitate, numărul femeilor cu tulburări de dorinţă se ***r*** situează între 7 şi 10%. Cifre importante, dar care nu reprezintă neapărat un titlu în presă. Cealaltă problemă e legată chiar de ceea ce făcea „Even the Score". Femeile chiar beneficiază de medicamente pentru sex care sunt echivalente cu inhibitorii fosfodiesterazei (medicamente precum Viagra) – estrogen şi DHEA vaginale, estrogeni administrat! transdermic şi oral şi osfemină administrată oral. La fel ca inhibitorii fosfodiesterazei, aceştia cresc aportul de sânge către organele genitale. Inhibitorii de fosfodiesterază îmbunătăţesc

I capacitatea mecanică de a face sex – la fel ca estrogenii, DHEA şi osfemină –, dar nu aduc şi dorinţa.

I **I**

Misiunea celor din spatele campaniei „Even the Score" de a obţine aprobarea flibanserinei pentru femei a fost acoperită destul de mult de mass-media, care s-a implicat în petiţia adresată agenţiei FDA.

Cine a finanţat „Even the Score"? Probabil că ai ghicit deja: compania care a produs medicamentul.

Acest lucru este important, deoarece dificultăţile sexuale sunt frecvente, dar ele nu fac ca ceva să fie disfunctional sau să ***r*** devină o boală. Realitatea sexualităţii ***r*** femeilor a fost transformată într-o poveste care să servească unui scenariu patriarhal şi într-o boală pentru a susţine industria farmaceutică. în cazul dorinţei, un model medical nu poate funcţiona prea bine, deoarece motivele pentru care oamenii se angajează în relaţii sexuale sunt complexe, numeroase, personale şi influenţate de numeroşi factori. Pentru apetitul sexual scăzut nu se poate folosi un model medical, aşa cum se foloseşte pentru apendicită. La urma urmei, dacă partenerul tău este atent la apendicele tău, dacă poţi vorbi cu partenerul tău despre apendice şi chiar şi felul în care partenerul discută cu tine şi dacă partenerul îşi face partea lui de treabă prin casă nu influenţează în niciun fel faptul că faci sau nu apendicită.

Dezasamblarea dorinţei

J

înainte de a discuta despre dorinţă şi despre modul în care aceasta ar putea afecta femeile în perioada de tranziţie spre menopauză şi ulterior, ar trebui să avem o idee clară despre subiectul de discuţie – aşa cum spune Pisica de Cheshire: „Dacă nu ştii
încotro mergi, orice drum te va duce într- acolo."

Dorinţa poate însemna intenţia activă de a te angaja într-o activitate sexuală sau de a fi receptivă la angajarea într-o activitate fizică. Ceea ce înseamnă că lipsa dorinţei spontane nu este o afecţiune medicală. Modelul tradiţional al răspunsului sexual începe cu dorinţa spontană, care conduce la excitaţie şi apoi la orgasm. Ca multe alte lucruri în viaţă şi în medicină, acest model s- a bazat în primul rând pe răspunsurile sexuale ale bărbaţilor. Ceea ce ştim acum

9 *9*

este că acest model nu se aplică multora dintre femei şi nici nu funcţionează în cazul

9 *9*

tuturor bărbaţilor. Acum trebuie adăugat că patriarhatul le face rău atât bărbaţilor, cât şi femeilor, deoarece bărbaţii care nu respectă modelul de *a se gândi mereu la sex şi de afi mereu pregătiţi* sunt văzuţi ca inferiori, când de fapt nu fac decât să urmeze scenariul sexual care funcţionează în cazul lor.

9

Dr. Rosemary Basson a introdus în anul 2000 un nou model, care sugerează că dorinţa este mult mai complicată decât o simplă linie dreaptă între dorinţă şi orgasm. Se pare că dorinţa nu este întotdeauna spontană şi nu este singurul motiv care-i determină pe oameni să facă sex. Sexul este multidimensional, la fel ca oamenii care îl practică. Dorinţa spontană sau libidoul pot fi motivul pentru care unii fac sex, dar putem decide să ne angajăm în acte de intimitate fizică din alte motive decât dorinţa – de f exemplu, pentru a primi consolare sau
pentru satisfacerea partenerului iar apoi, odată ce acţiunea începe să se desfăşoare, intervine dorinţa. Dorinţa vine adesea după excitaţie şi este important să normalizăm această experienţă a excitaţiei urmate de dorinţă.

r

Gândeşte-te la sex ca la o petrecere, iar lipsa dorinţei spontane înseamnă să stai pe canapea fără să te gândeşti deloc la o petrecere. De fapt, este cam ca o seară de film petrecută în pijamale şi cu o gutieră dentară în gură. Partenerul tău te întreabă „Vrei să mergem la o petrecere?", iar tu îi răspunzi „Mnul". Dar apoi partenerul îţi aminteşte cât de mult te-ai distrat la ultima

9

petrecere. Şi chiar aşa a fost, te-ai distrat. Şi îţi spune cât de frumoasă eşti mereu, nu doar la petreceri, şi că mereu zici că nu vei dansa, dar întotdeauna o faci. Aşa că te gândeşti „Bine, voi încerca petrecerea vreo cinci minute", dar nu-mi schimb hainele! Asta înseamnă că eşti dispusă.

Partenerul tău spune: „Excelent, întotdeauna arăţi minunat, aşa că nu renunţa la pijamale!" Şi „pleci" la petrecere. Şi da, intri pe ringul de dans imediat după ce ajungi acolo şi te distrezi de minune. După aceea, petreceţi timp îmbrăţişându-vă şi vorbind despre petrecere şi te bucuri că te-ai dus.

Acesta este un model al dorinţei reactive, f

Sau mai degrabă unul dintre modele pentru că relaţiile sunt complexe. Dar să-ţi doreşti pe cineva care să-ţi aprindă focul nu este ceva anormal; aşa se întâmplă mereu în
cazul unor femei sau episodic în cazul altora.

înainte ca acest model să fie acceptat pe scară largă, tulburarea standard a dorinţei se numea tulburare hipoactivă a dorinţei sexuale sau THDS. S-a renunţat la acest

9

termen deoarece el se concentra doar asupra dorinţei spontane, transformând o experienţă normală pentru multe femei – dorinţa reactivă – într-o boală. Probabil că
nu te surprinde să afli că, deşi s-a renunţat la diagnosticul THDS deoarece transforma o experienţă normală într-o afecţiune, el este folosit şi astăzi în unele articole care
promovează medicamentele pentru... da, ai ghicit: THDS!

Noul termen pentru tulburarea dorinţei sexuale este tulburarea interesului/excitaţiei sexuale (TIES), iar o femeie trebuie să se confrunte cu cel puţin trei dintre următoarele situaţii cel puţin şase luni pentru a îndeplini condiţiile:

- Dorinţa redusă sau inexistentă de a întreţine relaţii sexuale;
- Gânduri/fantezii sexuale rare sau inexistente;
- Iniţierea activităţii sexuale şi receptivitatea redusă sau absentă;
- Plăcere sexuală redusă sau inexistentă;
- Dorinţă redusă declanşată de factori de natură sexuală sau de stimulare sexuală;
- Senzaţii senzoriale genitale sau nongenitale reduse sau inexistente.

în plus, femeia trebuie să fie tulburată de aceste simptome – dacă doar pe partenerul ei îl deranjează, nu constituie un diagnostic. Şi nu trebuie să existe nicio altă cauză a simptomelor, cum ar fi stresul legat de relaţie, o tehnică sexuală inadecvată, un efect secundar al medicamentelor sau durerea provocată de actul sexual.

De asemenea, este important de reţinut că dorinţa este aproape întotdeauna mai mare la începutul unei relaţii şi scade cu aproximativ 50% în relaţiile care durează trei ani sau mai mult. Da, 50% şi în doar trei ani. Cu astfel de statistici, scăderea dorinţei este adesea o consecinţă firească a relaţiilor de lungă durată. Un considerent important este că începutul unei relaţii este, de obicei, momentul în care toţi cei implicaţi depun eforturi pentru a cultiva dorinţa.

Menopauza şi dorinţa

Tranziţia spre menopauză este asociată cu scăderea dorinţei. într-un studiu, 12% dintre femeile cu vârste cuprinse între 45 şi 64 de ani au avut tulburări legate de dorinţă, iar în cazul femeilor cu vârsta de peste 65 de ani acest număr a fost cu 7,4% mai mare. Interesant este că acest lucru nu are
legătură cu hormonii, ceea ce înseamnă că există multe femei cu niveluri scăzute de estrogen şi testosteron şi cu niveluri ridicate de dorinţă, dar şi reversul este adevărat. Ca atare, nivelurile hormonale nu sunt indicate într-o evaluare a preocupărilor legate de dorinţă.

Problemele legate de dorinţă la menopauză pot fi confundate cu dificultăţile sexuale. Ceea ce vreau să spun este că, dacă actul sexual este dureros, este de aşteptat să scadă dorinţa. Acest lucru este valabil pentru orice cauză a durerii în timpul sexului, şi sunt multe cauze. Sindromul genito-urinar al menopauzei (SGM), o cauză frecventă a durerii în timpul sexului, este abordat în capitolul 13, iar persoanele care doresc să afle mai multe despre alte cauze ale durerii în timpul sexului pot citi *Biblia vaginului,* care are mai multe capitole pe această temă. Femeile cu incontinenţă pot avea, de asemenea, o dorinţă redusă de a face sex dacă se tem să nu aibă pierderi de urină sau de scaun în timpul actului sexual.

Este important să luăm în considerare şi afecţiunile medicale şi medicamentele care pot afecta dorinţa. De exemplu, dacă o femeie doarme prost sau suferă de depresie, dorinţa ei de a face sex poate fi afectată. în plus, unele medicamente pot afecta în mod direct dorinţa sau pot duce la dificultăţi în atingerea orgasmului, ceea ce reprezintă o problemă în sine şi poate să diminueze la rândul său dorinţa. Aceste medicamente
includ (dar nu se limitează la) multe dintre
antidepresive, spironolactonă, beta- blocantele, trazodona (un somnifer) şi opioidele. Teoretic, THM administrat oral poate afecta dorinţa, deoarece produce mai multă globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG) (îţi aminteşti: Sunt Hoţi pe Bulevarde şi prin Ganguri?), astfel încât este disponibil mai puţin testosteron activ. Chiar dacă nivelul de testosteron nu este un indicator al libidoului, uneori trecerea de la estrogenul administrat oral la cel administrat transdermic poate fi utilă. Trebuie să recunoaştem că rolul testosteronului şi al dorinţei este complicat, deoarece femeile cu sindromul ovarelor polichistice (SOP) au niveluri mai ridicate de testosteron, şi totuşi nu declară o creştere a dorinţei, ci contrariul. Când se crede că un antidepresiv este cauza dorinţei scăzute, trecerea la bupropionă (Wellbutrin), tot un antidepresiv, dar care este mai puţin probabil să aibă acest efect secundar, sau combinarea lui cu celălalt antidepresiv (dacă este sigur din punct de vedere al depresiei), sunt variante posibile. O altă opţiune este încercarea inhibitorului de fosfodiesterază, cum ar fi Viagra.

Aşadar, când dorinţa pare să fi „murit", primul pas este să se analizeze medicamentele, afecţiunile medicale, stilul de viaţă în general şi comunicarea cu partenerul. Problemele de relaţie, stresul financiar sau stresul de la locul de muncă ori din alte surse pot afecta dorinţa.

Pe măsură ce femeile îmbătrânesc, nu este neobişnuit ca ele să aibă nevoie de mai multă stimulare fizică pentru a se excita şi a atinge orgasmul. Nu uita că toate circuitele şi toate „piesele" îmbătrânesc. Unele femei au nevoie de ochelari, altele, de aparate auditive, aşa că un impuls pentru a obţine suficientă stimulare ca să se excite şi să aibă orgasm poate fi normal pentru multe femei. Motivul este necunoscut, dar unele posibilităţi includ un flux sanguin redus, micşorarea clitorisului, pierderea din masa muşchiului *levator ani* (cel care se contractă fizic în timpul orgasmului) sau îmbătrânirea generală a sistemului nervos.

în consecinţă, unele femei constată că, deşi înainte puteau atinge orgasmul prin masturbare, sex oral sau penetrare vaginală, acum nu mai pot. Dacă sexul este mai puţin

satisfăcător din punct de vedere fizic, acest lucru ar putea avea un impact asupra dorinţei. Primul pas este creşterea intensităţii senzoriale cu ajutorul unui vibrator, dacă nu se foloseşte deja unul (atâta timp cât nu există durere în timpul actului sexual, acesta ar trebui să fie primul lucru de luat în considerare). Dacă se foloseşte deja un vibrator, ar putea fi utilă investiţia într-unul care poate oferi mai multă stimulare sau unul care poate stimula şi alte zone (de exemplu, vaginal sau anal). De pildă, le recomand în mod regulat pacientelor mele să meargă la un sex-shop local. Angajaţii de acolo sunt incredibil de serviabili, ştiu orice despre toate vibratoarele de pe raft şi sunt bucuroşi să ajute. Sunt doctori ai plăcerii sexuale. Multe oraşe au
magazine similare, iar pentru persoanele care nu se simt confortabil să meargă în persoană, o conversaţie la telefon poate fi utilă pentru a face alegerea potrivită în cazul cumpărăturilor online.

Totodată, trebuie luată în considerare întărirea muşchilor pelvieni, care se contractă fizic în timpul orgasmului. Pentru informaţii suplimentare despre antrenamentul diafragmei pelviene, reciteşte capitolul 14 sau consultă *Biblia vaginului.* în plus, o vizită la un fizioterapeut specializat în sănătatea diafragmei pelviene pentru o evaluare oficială şi un plan de tratament poate fi, de asemenea, utilă, la în considerare contractarea muşchiului *levator t*
ani în timpul preludiului pentru a creşte fluxul de sânge local şi pentru stimulare.

Cultivarea dorinţei

9

Deci, cum îşi menţin oamenii dorinţa? în cadrul unui studiu, cercetătorii au intervievat persoane care încă mai aveau dorinţă într-o relaţie pe termen lung şi le-au comparat cu cele care nu o mai aveau. Satisfacţia f sexuală şi pasiunea erau mai mari în rândul persoanelor care făceau sex mai des, care aveau mai multe orgasme şi se bucurau de mai mult sex oral, care încercau o varietate de poziţii, care se străduiau să creeze o atmosferă adecvată şi care comunicau despre nevoile şi dorinţele lor sexuale. Este puţin probabil ca încercarea unor poziţii
diferite să conducă la eliberarea endorfinelor sexuale magice; în schimb, mulţi dintre aceşti factori asociati cu menţinerea dorinţei

I ***9*** ***r*** ***r***

par să fie legaţi de purtarea unor conversaţii interesante din punct de vedere sexual şi de dorinţa de a încerca diferite lucruri pentru satisfacerea partenerului. Gândeşte-te la sexul dintr-o relaţie ca la o seară de film.

r

Dacă în fiecare seară de film ai alege dintr-o listă scurtă de pelicule şi nu l-ai întreba niciodată pe partenerul tău care îi place sau dacă acesta ţi-ar spune ce vrea să vadă şi tu nu l-ai asculta, ideea unei seri de film ar putea deveni anostă.

Alte studii au arătat că femeile care cred că plăcerea sexuală va scădea odată cu înaintarea în vârstă sunt de două ori mai susceptibile de a le scădea dorinţa sexuală decât cele care nu împărtăşesc această convingere.

Ţinând cont de acest lucru, ar putea fi o idee bună ca femeile care se apropie de tranziţia spre menopauză să pună la îndoială orice convingere pe care ar putea-o avea conform căreia vârsta este sinonimă cu „moartea pasiunii" şi a sexului, să se gândească la modul în care se pot implica în cultivarea dorinţei şi să se preocupe de comunicarea din relaţia lor şi de activitatea

9 ***t***

sexuală înainte să apară o problemă.

Opţiuni nemedicamentoase pentru combaterea scăderii dorinţei

9

Deoarece comunicarea este piatra de temelie a unei relaţii sexuale satisfăcătoare ***r***
pe termen lung, este important ca femeia să se gândească la modul în care ea şi partenerul ei comunică în cuplu, precum şi dacă nevoile ei sexuale – adică ceea ce îsi doreşte – sunt satisfăcute. Deoarece să vorbeşti despre sex pare mai greu decât să-l faci, un terapeut sexual, unul matrimonial ori familial, sau un psiholog pot fi de ajutor. Ei vă pot prezenta atât tehnicile de comunicare, cât şi pe cele sexuale şi vă pot ajuta să deprindeţi unele abilităţi pentru a tolera stresul într-o relaţie. Există momente ***r***
în care dorinţa sexuală şi frecventa J ***9*** ***9***
contactelor sexuale scad într-o relaţie, iar tolerarea unor astfel de momente este la fel de importantă ca sărbătorirea momentelor intense.

la în considerare terapia cognitiv- comportamentală sau TCC – terapia orientată spre obiective despre care am discutat în cazul bufeurilor şi al insomniei –, pentru că ea este foarte eficientă pentru cultivarea dorinţei şi produce rezultate mai bune decât medicamentele. Gândeste-te la TCC ca la o consolidare a căilor neuronale ale dorinţei în creier. Unul dintre experţii mondiali în domeniu şi una dintre bunele mele prietene, dr. Lori Brotto, a scris o carte excelentă despre dorinţă şi TCC, Sex
conştient—. Recomand din toată inima /
această carte oricărei femei căreia i s-a stins flacăra pasiunii sau care se apropie de tranziţia spre menopauză, astfel încât să aibă cunoştinţe solide pentru a preîntâmpina posibilitatea scăderii dorinţei din cauza menopauzei. Există aplicaţii care pretind că îmbunătăţesc sau intensifică viaţa sexuală, dar este important de reţinut că acestea nu au fost studiate şi, prin urmare, nu ştim dacă au cu adevărat un efect semnificativ. Una dintre aceste aplicaţii se numeşte Rosy, care include informaţii despre multe tehnici de mindfulness, despre sex şi chiar accesul la terapeuţi sexuali şi alţi profesionişti.

Strategiile care pot contribui la cultivarea dorinţei includ:

9

- FANTEZIILE. în cazul unora, aceasta poate însemna vizionarea unor materiale erotice sau pornografice, dar în alte cazuri, poate fi vorba despre citirea unor materiale erotice. O altă opţiune este să vă procuraţi o carte bună de fantezii sexuale (de exemplu, *Garden of Desires)* şi să v-o citiţi pe rând unul altuia. Mie personal îmi place să creez fantezii istorice cu partenerul meu şi să-mi imaginez că ne întâlnim în diferite momente din viata noastră şi cum

9 *9*

ar fi putut fi sexul. Este ca şi cum am revedea la nesfârşit începutul relaţiei noastre.

9

- PRELUDIUL Este important pentru un
sex de calitate, mai ales pentru excitare. Dar preludiul începe de când te trezeşti – nu

este vorba doar de actul fizic, ci şi de modul în care eşti făcută să te simţi şi I J I
eşti tratată. Fă-ţi timp pentru a recurge la mai multe preludii înainte de a începe partida de sex, de exemplu, mesaje cu tentă sexuală sau bileţele lăsate prin casă. Odată, mă întorceam dintr-o călătorie şi, când m-am dus să-mi iau maşina din aeroport, am găsit sub ştergător un bilet de dragoste lăsat de partenerul meu. Faptul că ştii că cineva se gândeşte la tine când te aştepţi mai puţin creează intimitate. Preludiul poate însemna lucruri diferite pentru fiecare dintre noi, de aceea contează o bună comunicare. Cu toate acestea, majoritatea studiilor ne spun că oamenii şi-ar dori mai multe preludii fizice ca parte a actului sexual.

- POSTLUDIUL. îmbrăţişări, sărutări şi
discuţii în pat. Dacă este ceva ce vă place, acest lucru poate îmbunătăţi satisfacţia sexuală, ceea ce, la rândul său, poate ajuta la creşterea dorinţei. Dacă partenerul tău nu face acest lucru,
cere-i să o facă. S-ar putea să fii surprinsă.

* **STABILIREA UNUI MOMENT PENTRU**
INTIMITATE. Multi oameni cred că f
„nu ar trebui" să stabilească un astfel de moment, dar aceasta este pur şi simplu o atitudine greşită. Ar putea însemna o întâlnire în oraş sau o escapadă romantică. Până şi în momentele de izolare din pandemie se pot găsi soluţii. De exemplu, partenerul meu m-a invitat în mod oficial să urmărim un concert de pian clasic prin Zoom. Ne-am îmbrăcat ca şi cum am fi mers la o sală de concerte şi ne-am bucurat de cocktailuri şi aperitive.
* **ÎMBINAREA IDEILOR DE MAI SUS.** încercaţi poziţii diferite şi mai mult sex oral. Odată, un partener mi-a spus că a citit revista *Cosmopolitan* la sala de sport şi şi-a dat seama că îmi neglijează muntele lui Venus, iar ideea că a citit ceva şi s-a gândit în mod specific cum ar putea să-mi sporească plăcerea sexuală a fost un stimulent uriaş pentru mine, la fel şi atenţia suplimentară acordată muntelui meu.

Cine are timp pentru terapia cognitiv- comportamentală (TCC) sau pentru a cultiva dorinţa? Gândeşte-te la timpul pe care oamenii îl petrec la cumpărături, gătind, pregătindu-şi copiii pentru şcoală sau pregătindu-se pentru o prezentare la serviciu. Depunem mult efort pentru a face o mulţime de lucruri. Cu cât depunem mai mult efort, cu atât mai bun este rezultatul respectiv. Mulţi nu îşi dau seama că sexul bun este ca oricare altă sarcină. Cu cât depui mai mult efort, cu atât sunt mai multe şanse de a obţine recompense. Să vorbeşti cu partenerul despre sex, despre ce vă place şi ce nu vă place şi să încercaţi lucruri noi înseamnă oxigen pentru viaţa sexuală. Unele dintre strategiile pentru a creşte dorinţa, despre care am discutat – citirea unor materiale erotice sau mai multe preludii sau încercarea unor poziţii noi –, nu durează ore întregi.

Medicamentele
înainte de a începe să ia medicamente pentru creşterea dorinţei, femeile aflate în tranziţia târzie spre menopauză şi cele care au trecut de menopauză ar trebui să ia în considerare o medicaţie pentru SGM (capitolul 13), deoarece aceasta va creşte fluxul sanguin către vagin, vulvă şi clitoris, ceea ce poate îmbunătăţi plăcerea sexuală – suntem mai dornici de sex atunci când ne simţim bine.

J
Femeile ar trebui să profite la maximum de variantele nemedicamentoase, să se gândească ce e de făcut în privinţa medicamentelor care pot afecta dorinţa, să exploreze TCC, precum şi fanteziile şi crearea intimităţii, să vorbească cu un terapeut sexual sau cu un alt specialist în relaţii şi să ia în considerare utilizarea unui
J I
vibrator pentru a îmbunătăţi fluxul de sânge şi orgasmele, precum şi să-şi întărească muşchii diafragmei pelviene. Studiile efectuate cu aceste medicamente tind să fie de o calitate mai slabă şi este posibil să existe unele riscuri neclare.

Femeile care consideră că aceste opţiuni sunt ineficiente şi care nu au dureri în timpul actului sexual pot lua în calcul medicamentele. Este important să ne amintim că în majoritatea studiilor efectuate pentru medicamentele menite să crească dorinţa femeile au deja două sau trei episoade de sex satisfăcătoare din punct de vedere sexual în fiecare lună, astfel încât ele reflectă un grup foarte restrâns de femei cu tulburări ale dorinţei. în plus, aceste medicamente sunt testate de obicei în cazul THDS, adică al lipsei dorinţei spontane, şi nu pentru modul în care ne gândim acum la tulburările dorinţei. Nu se ştie cum
J I
funcţionează aceste medicamente în cazul
J
femeilor care fac sex de câteva ori pe an sau al celor care au o problemă cu dorinţa receptivă – sau dacă măcar funcţionează în cazul lor.

Bupropiona
Antidepresivul cunoscut sub numele de Wellbutrin nu este aprobat în Statele Unite pentru tulburările de dorinţă, dar are multe proprietăţi comune cu un alt medicament, care este aprobat (flibanserină, vezi mai jos), beneficiază de date extinse privind siguranţa cu un profil de risc cunoscut şi este disponibil sub formă de medicament generic. Bupropiona poate fi eficientă în cazul femeilor care au o dorinţă scăzută
J
cauzată de alte antidepresive. în plus, un studiu a indicat că o doză de 300 de miligrame pe zi a crescut plăcerea şi excitarea sexuală.

Deoarece bupropiona este un medicament bine cunoscut, fără semne de întrebare legate de cancer, poate fi un punct de pornire bun pentru femeile cu probleme legate de dorinţă, chiar dacă aceasta este o indicaţie neoficială. Este posibil să nu fie o opţiune pentru unele femei care suferă de depresie sau pentru cele care iau alte medicamente pentru dispoziţie.

Testosteronul
Nivelul de testosteron scade încet odată cu vârsta. Testosteronul nu este aprobat în Statele Unite ca adjuvant în apetitul sexual scăzut, dar există suficiente studii care îmi permit să ofer câteva sfaturi cu privire la utilizarea sa. Nu există date suficiente pentru a-l recomanda femeilor cărora le-a
scăzut dorinţa sexuală dacă nu au ajuns la ultima menstruaţie, dar poate fi util celor aflate la postmenopauză.

Toate informaţiile privind testosteronul sunt obţinute pe termen scurt şi există semne de întrebare în privinţa bolilor de inimă, a cancerului uterin şi a celui mamar – într-un studiu efectuat pe parcursul a 24 de săptămâni au existat trei cazuri noi de cancer de sân la femeile care au luat testosteron faţă de niciunul în grupul placebo. Preocupările legate de

siguranţa lui ar putea fi din cauza testosteronului în sine sau a faptului că este metabolizat în estradiol. Se poate întâmpla şi ca studiile pe care le avem să nu reflecte cu acurateţe

J îngrijorările – fie că supraestimează, fie că subestimează. Este foarte important ca femeile să înţeleagă acest lucru, deoarece atunci când ne dorim ca un medicament să dea rezultate, este în firea noastră să credem că aceste riscuri nu ne vor afecta pe noi, dar nu aşa trebuie să gândim. E o necunoscută pentru că nu ştim cu adevărat cât de des ar putea apărea aceste probleme. Ştim doar că au fost exprimate anumite îngrijorări şi că medicamentele sunt insuficient studiate pentru a răspunde la întrebările privind siguranţa.

Cealaltă problemă legată de testosteron este că nu există produse comerciale speciale cu dozele mici necesare femeilor. în consecinţă, femeile trebuie să utilizeze preparate magistrale sau doze mici din produse destinate bărbaţilor, existând astfel
riscul de a lua prea mult testosteron, ceea ce provoacă efecte secundare, cum ar fi îngroşarea vocii (definitivă), creşterea nedorită a părului pe faţă şi în alte părţi ale corpului, apariţia acneei, mărirea clitorisului şi un impact negativ asupra lipidelor.

în cele mai multe cazuri, se pare că testosteronul în doză de 300 mcg/zi poate creste numărul evenimentelor satisfăcătoare din punct de vedere sexual cu unul sau două la patru săptămâni faţă de placebo (aceste studii au folosit un plasture). Cu toate acestea, un alt studiu a analizat un gel cu testosteron şi nu s-a constatat nicio schimbare faţă de placebo.

Nu ar trebui să se utilizeze pelete de testosteron sub piele; dozajul este prea mare şi nici nu mai pot fi îndepărtaţi. în plus, există rapoarte cu privire la efectele nocive ale acestor produse (vezi capitolul 20).

în cazul femeilor care doresc foarte mult să încerce testosteronul atunci când alte tratamente sunt ineficiente, printre opţiuni se numără:

* **CREMĂ, UNGUENT SAU GEL PREPARAT ÎN FARMACIE CU 1% TESTOSTERON.** Această opţiune implică toate problemele inerente de dozare specifice preparatelor magistrale (vezi capitolul 20). Doza este de 0,5 g pe zi aplicată pe braţe, picioare sau abdomen.
* **O DOZĂ DE 10% DINTR-UN PRODUS LOCAL CONCEPUT PENTRU BĂRBAŢI.** Acest

lucru poate fi complicat, deoarece măsurile şi ambalajul nu sunt concepute pentru împărţirea dozei în acest mod.

Femeile care decid că testosteronul este potrivit pentru ele trebuie să aibă nivelul de lipide şi tensiunea arterială normale înainte de a începe tratamentul, urmând ca pe parcurs să fie monitorizate. Ele trebuie să ştie că nu există informaţii solide care să indice pericolele şi beneficiile după 12 luni de utilizare, astfel încât nu se ştie dacă riscurile se acumulează odată cu durata de utilizare. Femeilor care iau testosteron trebuie să li se monitorizeze nivelul de testosteron liber şi/sau indicele androgenilor liberi după începerea şi în timpul tratamentului, cu scopul de a le menţine în intervalul normal pentru femei. Dacă nu există nicio îmbunătăţire după 12-24 de săptămâni, tratamentul cu testosteron trebuie oprit.

Flibanserina

Vândută în Statele Unite sub numele Addyi, ea acţionează asupra creierului într-un mod similar multor antidepresive – adică asupra neurotransmiţătorilor dopamină, serotonină şi norepinefrină. Este aprobată doar pentru utilizarea de către femeile aflate înainte de menopauză (nu se ştie cât de mult poate ajuta femeile după ultima menstruaţie sau dacă ajută cu ceva).

Comparativ cu placebo, flibanserina are un efect scăzut asupra dorinţei. în cadrul studiilor, 100 miligrame de flibanserina pe zi pare să conducă la 0,4-l episoade suplimentare de sex satisfăcător la patru săptămâni şi este nevoie de cel puţin patru săptămâni pentru a începe să producă efecte (dar mai probabil după opt săptămâni de utilizare zilnică). Ameţeala, oboseala şi greaţa sunt efecte secundare frecvente – aproximativ 18% dintre femei întrerup tratamentul cu flibanserină din cauza efectelor secundare. Flibanserina poate scădea tensiunea arterială, iar femeile nu trebuie să consume alcool cu două ore înainte de a lua o doză şi până a doua zi după ce au luat-o.

Bremelanotida—

Denumirea comercială este Vylessi. Probabil că acţionează asupra creierului, dar adevăratul mecanism de acţiune este *9*
necunoscut. Bremelanotida se administrează prin injectare cu cel puţin 45 de minute înainte de actul sexual anticipat, iar alcoolul trebuie evitat două ore înainte şi

9 două ore după utilizarea medicamentului. Efectele secundare sunt frecvente: 40% dintre femei au greţuri; într-un studiu, 13% dintre femeile care au luat medicamentul au solicitat un medicament împotriva stării de greaţă (deloc sexy). Au fost şi alte efecte secundare destul de frecvente, iar 18% dintre
femei au ales să întrerupă tratamentul în timpul unui studiu, faţă de 2% dintre femeile care au luat placebo. Nu este indicat femeilor care suferă de boli cardiovasculare.

în concluzie, cât de bune sunt rezultatele? în cel mai bun caz, este doar uşor mai eficientă decât un placebo. în cele două studii folosite pentru a obţine aprobarea FDA, compania farmaceutică a folosit un sistem standard de notare a dorinţei care implică două întrebări:

Cât de des ati simtit dorinţă sau

J **I** **J**

interes sexual în ultimele patru săptămâni?

Cum aţi evalua nivelul (gradul) de dorinţă sau interes sexual din ultimele

J

patru săptămâni?

Este important de reţinut că astfel se evaluează doar dorinţa spontană, aşa că nu este întrebarea ideală. Răspunsurile la ambele întrebări sunt rezultatele de la „aproape niciodată" sau „niciodată" (1 punct) la „aproape întotdeauna" sau „întotdeauna" (5 puncte). Aşadar, cel mai mic punctaj posibil este 2, iar cel mai mare este 10.

Bremelanotida a crescut dorinţa pe această scală cu o medie de 1,2 puncte la 25% dintre femeile care au primit medicamentul fată de 17% care au luat un

J

placebo. Pentru mine, acest rezultat este sub aşteptări. Aceste două studii au analizat, de asemenea, cât de afectate erau femeile de dorinţa lor spontană scăzută. La
momentul iniţial, ele aveau rezultate egale de anxietate; bremelanotida a redus anxietatea cu 1 punct sau mai mult pe o scară de 10 puncte în cazul a 35% dintre femei şi aceeaşi scădere a fost observată la

31% dintre femeile care au primit placebo. Aşadar, se pare că să acţioneze cumva constructiv pentru apetitul sexual scăzut – adică să ia un medicament – le face pe unele femei să se simtă mai puţin stresate. Acest studiu a inclus doar femei aflate în premenopauză, aşa că nu avem nicio idee despre rezultatele acestui medicament în cazul femeilor care sunt în postmenopauză.

Pe baza datelor disponibile, nu se poate spune dacă bremelanotida are un impact semnificativ asupra vieţii unei persoane, dar pare să aibă minimă eficienţă în ceea ce priveşte scăderea dorinţei spontane, care nu mai este considerată o afecţiune medicală.
9
Costul este în prezent aproximativ 250 de dolari per doză pentru persoanele care plătesc în numerar.

Imaginează-ţi ce înseamnă să cheltuieşti 250 de dolari pe produse erotice, pe o cină sofisticată sau pe un vibrator nou. Sau, de ce nu, pe toate trei?

Scream Cream—

Acesta este un preparat local magistral realizat în farmacii. Este complet netestat (sincer, femeile merită mult mai mult decât aceste produse netestate). Este un amestec de ingrediente, în funcţie de cine prescrie tratamentul sau de farmacia la care apelezi. Acest produs „antitusiv" există de ani buni într-o formulă sau alta şi include o varietate de ingrediente care se presupune că îmbunătăţesc circulaţia sanguină. Niciunul dintre acestea nu a fost evaluat pentru această metodă de administrare – prin masarea clitorisului. Acesta este un aspect foarte important. Instrucţiunile de utilizare ale cremei Scream Cream precizează că trebuie să o aplici pe clitoris prin masare vreme de 15 minute.

Termină cu glumele (sau mai degrabă „termină" pur şi simplu, dacă înţelegi ce vreau să zic)! Să-ţi masezi clitorisul 15 minute înseamnă că te masturbezi, iar acest lucru s-a dovedit a fi foarte eficient în îmbunătăţirea dorinţei şi a excitării. Masarea
J II
clitorisului cu ulei de nucă de cocos sau cu un lubrifiant pe bază de silicon va produce aproape sigur aceleaşi rezultate.

Substanţele care ar trebui să crească fluxul sanguin către clitoris sau să facă vreun alt fel de magie sexuală le includ pe unele dintre cele de mai jos sau pe toate:

* AMINOFILINĂ: o substanţă recomandată în cazul astmului care dilată căile respiratorii;
* L-ARGININĂ: un aminoacid care se găseşte în multe alimente bogate în proteine;
* CITRAT DE SILDENAFIL – Viagra;
* PENTOXIFILINĂ: o substanţă utilizată pentru creşterea fluxului sanguin la persoanele care suferă de boli ale arterelor periferice;
* TESTOSTERON: testosteronul local poate fi absorbit, aşa cum am discutat anterior, dar impactul nu este imediat. Nu se aplică testosteron şi apoi, ca prin magie, după 15 minute începe anotimpul împerecherii.

Uneori mă întreb dacă nu cumva acest medicament este prescris din cauză că medicii sunt stânjeniţi să discute despre masturbare sau nu ştiu cum să o facă.

Ceea ce vreau să spun despre Scream Cream este că nu asa funcţionează nimic dintre toate acestea: medicamente, sex şi stiintă. Să le recomanzi femeilor
I f
medicamente locale nestudiate şi cu promisiuni false este îngrozitor, iar denumirea „Scream Cream" sună ca o discuţie între băieţi în vestiar: „O s-o fac să ţipe şi să geamă!"

E bine să-ti masezi clitorisul şi o mulţime de alte zone, dar până când Scream Cream nu va fi testată comparativ cu un placebo, eu una m-aş abţine. De asemenea, nu avem nicio idee dacă aceste produse irită sau nu vulva când sunt aplicate local.

O notă finală despre medicamente: toate implică planificare şi mai multă atenţie acordată sexului, deci ele încorporează şi o componentă de mindfulness.

DE RETINUT

*

- Dorinţa este o chestiune complicată şi este legată de mai mulţi factori, inclusiv sociali, sentimentali şi de sănătate.

9

- Dorinţa scade odată cu înaintarea în vârstă, iar la unele femei, din cauza tranziţiei spre menopauză.
- Nivelurile de estrogen şi testosteron nu sunt corelate cu dorinţa şi nu este indicată testarea.

4 *9*

- Terapia cognitiv-comportamentalâ, precum şi conştientizarea şi învăţarea de a cultiva f *9 f* dorinţa – cu ajutorul abilităţilor de comunicare, al aplicaţiilor, al cărţilor, al materialelor erotice, al preludiului şi al postludiului – sunt strategii importante pentru persoanele cu o dorinţa scăzută.
- Medicamentele pentru creşterea dorinţei de a face sex sunt în cel mai bun caz eficiente la nivel moderat şi multe dintre ele au efecte

9

secundare, dar pot fi o opţiune în cazul femeilor pentru care alte variante s-au dovedit ineficiente şi care înţeleg potenţialul raport risc-beneficiu al acestor terapii.

CAPITOLUL 16

Mă voi mai simţi vreodată J odihnită?

Tulburările de somn şi cum să le abordezi

între 40% şi 60% dintre femei semnalează că întâmpină dificultăţi de somn în timpul menopauzei, iar cea mai frecventă tulburare este trezitul în timpul nopţii, ceea ce înseamnă că nu reusesc să aibă un somn neîntrerupt. Deşi unele femei declară că adorm greu, iar altele că se trezesc mai devreme decât îşi doresc, aceste tulburări de somn sunt mai puţin frecvente. Multe femei spun, de asemenea, că nu reuşesc să se odihnească în timpul somnului. Tulburările de somn cresc în timpul tranziţiei spre menopauză şi ating apogeul în ultimii ani dinaintea ultimei menstruaţii (UM) şi în primul an de după aceasta.

Insomnia înseamnă dificultatea de a dormi, dar este şi o tulburare care implică dificultăţi în a adormi şi a rămâne adormit, în ciuda oportunităţii de a avea o noapte întreagă de somn de trei sau mai multe ori pe săptămână. Insomnia, ca tulburare, afectează aproximativ 25% dintre femeile aflate în perioada târzie a tranziţiei spre menopauză sau la începutul

postmenopauzei. Acest lucru nu este important doar pentru că un astfel de somn dereglat provoacă suferinţă; insomnia este asociată şi cu unele probleme de sănătate, cum ar fi riscul crescut de apariţie a bolilor de inimă şi a hipoventilaţiei. Este interesant faptul că bufeurile, insomnia şi bolile cardiace au legătură între ele. Nu se ştie dacă există o cauză şi un efect în acest caz r
sau o predispoziţie biologică subiacentă, comună.

Nu este deloc surprinzător faptul că există o legătură între menopauză şi somnul deficitar. Zonele creierului care sunt influenţate de estrogen şi progesteron joacă un rol important în reglarea somnului şi se ştie că fluctuaţiile hormonale din timpul ciclului menstrual afectează tiparele de somn. Estrogenul şi progesteronul şi, posibil, alţi hormoni ai reproducerii par să influenţeze ritmurile circadiene – ciclurile f
noastre naturale de somn şi veghe – prin influenţarea unei părţi a creierului numită nucleul suprachiasmatic, care este considerat a fi cel care reglează somnul. Progesteronul are şi un efect uşor sedativ.

în plus faţă de aceste efecte hormonale, există simptome vasomotorii (bufeuri şi transpiraţii nocturne) şi stări de depresie – toate legate de menopauză şi care pot afecta somnul. în acelaşi timp în care se află în tranziţia spre menopauză, o femeie şi îmbătrâneşte, iar vârsta afectează negativ somnul. în cele din urmă, pe măsură ce înaintează în vârstă, femeile sunt mai predispuse să facă apnee în somn şi alte afecţiuni medicale care au impact asupra calităţii somnului.

Există în mod clar o componentă hormonală, deoarece femeile care semnalează cele mai multe tulburări de somn sunt acelea cărora li s-au extirpat ovarele înainte de menopauză (menopauză chirurgicală), dar uneori poate fi dificil de stabilit cât de mult este vina hormonilor şi cât de mult este vorba despre orice altceva.

Bufeurile, hormonii şi somnul

în timpul ultimei faze a tranziţiei spre menopauză şi la începutul postmenopauzei se întâmplă ca femeile să vorbească despre cel mai mare impact asupra somnului. Din punct de vedere medical, ceea ce se întâmplă este cel mai bine descris ca o stare de veghe, ceea ce înseamnă că somnul nu este atât de profund pe cât ar trebui să fie, în mare parte din cauza bufeurilor. Cu alte cuvinte, pentru unele femei, bufeurile sunt suficiente pentru a le perturba somnul adânc, dar nu suficiente pentru a le trezi. Am trecut împreună cu partenerul meu prin acest fenomen. Au fost nopţi în care mi-era atât de cald din cauza bufeurilor încât mi-am trezit partenerul din somn, dar asta nu m-a trezit şi pe mine.

Somnul poate fi tulburat şi când bufeurile/transpiraţiile nocturne trezesc femeile din somn. într-un studiu, până la 69% dintre bufeurile din timpul nopţii au determinat trezirea femeii. Nu este surprinzător faptul că acest lucru este mai probabil să se întâmple în cazul femeilor care au mai multe simptome vasomotorii în timpul zilei. Este interesant că femeile cu niveluri mai ridicate de hormon de stimulare foliculară sunt mai predispuse să se trezească noaptea, iar cele cu niveluri mai scăzute de estradiol sunt mai predispuse să aibă dificultăţi în a adormi. în timp ce insomnia afectează multe dintre femeile
aflate în faza târzie a tranziţiei spre menopauză sau la începutul postmenopauzei, asta nu înseamnă că toate insomniile sunt cauzate de menopauză. Insomnia poate fi o afecţiune separată, legată de vârstă sau de alte afecţiuni medicale precum depresia. Dar desluşirea cauzei şi a efectului este dificilă, deoarece depresia poate afecta somnul, iar lipsa somnului poate influenţa depresia, tranziţia spre menopauză putându-le afecta pe ambele. Ştim însă că femeile care declară tulburări de somn în timpul menopauzei ar trebui să fie întotdeauna examinate pentru depresie.

Igiena somnului şi terapia cognitiv- comportamentală

Acestea sunt schimbările care te pregătesc pentru un somn optim şi care îţi condiţionează creierul şi corpul să doarmă la momentul potrivit. Am mai abordat terapia cognitiv-comportamentală sau TCC, iar când este concepută special pentru tratarea insomniei, ea este cunoscută sub denumirea TCC-I. Asta înseamnă combaterea distorsiunilor cognitive – adică a fricii că s-ar putea să nu mai reuşeşti să dormi niciodată sau că insomnia nu va dispărea pentru tot restul vieţii programarea somnului pentru a antrena organismul şi răspunsurile specifice la trezire.

TCC-I este una dintre cele mai eficiente terapii pentru tulburările de somn şi a fost evaluată în cazul femeilor aflate în tranziţia f spre menopauză, iar un program de opt săptămâni nu numai că a fost eficient, ci beneficiile s-au menţinut şi după şase luni.

Un psiholog sau un psihoterapeut cu pregătire în acest domeniu poate ajuta. Dacă aceste lucruri ar fi uşor de făcut de unul singur, toată lumea le-ar face. TCC-I este mai eficientă decât somniferele (medicamente hipnotice), care, de obicei, oferă doar aproximativ 30 de minute de somn suplimentar pe noapte, ceea ce înseamnă că sunt mai puţin eficiente decât cred majoritatea oamenilor. Unele componente de bază, de iniţiere ale TCC-I includ:

* FĂ-TI UN PROGRAM DE SOMN. Trezeste-

te la aceeaşi oră în fiecare zi, indiferent ce planuri ai, şi fixează o oră de culcare pe care să o respecţi.

* **ELIMINĂ SIESTELE DIN TIMPUL ZILEI.** Este
greu, dar ajută.
* **LIMITEAZĂ ACTIVITĂŢILE CARE PROVOACĂ ANXIETATE SAU PE CELE STIMULATIVE ÎNAINTE DE CULCARE.** Acest lucru înseamnă, de obicei, să nu stai în faţa ecranelor; lumina ecranului în sine poate fi cea care are un impact, dar şi un e-mail supărător citit înainte de culcare
îşi poate face loc în mintea ta toată noaptea.
* **STABILEŞTE CĂ PATUL ESTE DOAR**

PENTRU SOMN şi SEX. Fără televizor sau gustări în pat; vrei ca creierul să asocieze patul doar cu aceste două motive.

* **CÂND TE TREZEŞTI SI NU POŢI ADORMI LA**

> J J

LOC nu verifica ceasul. Stai în pat până pare că au trecut 15 minute. Dacă ai convingerea că au trecut 15 minute şi nu ai adormit la loc, ridică-te şi du-te într-o cameră slab luminată şi citeşte o carte plictisitoare. Odată ce simţi că te ia somnul, întoarce-te în pat. Acest lucru contribuie la limitarea anxietăţii cauzate de foiala în pat şi preocuparea că nu vei mai reuşi să adormi şi te ajută să nu asociezi patul cu un somn prost.

Te poate ajuta tratamentul hormonal al menopauzei (THM) să dormi?

în general, femeile care urmează THM nu sunt mai puţin predispuse să semnaleze faptul că au probleme cu somnul decât cele care nu urmează acest tratament, dar s-ar putea să nu

fie cel mai bun mod de a privi această problemă. Unele studii care au urmărit femei cu tulburări ale somnului au ajuns la concluzia că THM poate aduce o îmbunătăţire modestă somnului când simptomele vasomotorii reprezintă o problemă. Aşadar, o femeie care se confruntă cu simptome vasomotorii ar putea încerca THM ca să observe dacă o ajută să doarmă mai bine, având în vedere mai ales cât de puţin riscant din punct de vedere medical este un tratament hormonal al menopauzei pe trei luni (vezi capitolele 17 şi 18). Femeile care doresc să încerce THM pentru a vedea dacă acest lucru le îmbunătăţeşte somnul ar putea ţine un jurnal al somnului înainte de a începe tratamentul. Făcând acest lucru, vor putea evalua obiectiv ceea ce se întâmplă şi apoi îşi vor putea reevalua calitatea somnului cu ajutorul jurnalului, după două sau trei luni. Femeile care nu sunt deranjate de bufeuri pot, de asemenea, să ia în considerare o perioadă de testare cu THM, deşi există mai puţine date privind eficacitatea acestuia.

O altă opţiune împotriva tulburărilor de somn legate de bufeuri este gabapentina (vezi capitolul 9). Acesta este un medicament nehormonal care poate ajuta în mod semnificativ în cazul bufeurilor şi s-a demonstrat că ameliorează insomnia. Există şi progesteronul, care, când este administrat în doze de 300 de miligrame pe timpul nopţii, poate favoriza somnul (vezi capitolul 18). în timp ce progesteronul este un hormon folosit în THM, aceasta este o doză specifică pentru somn, una mai mare decât cea utilizată de obicei pentru THM.

Dacă o femeie are probleme cu somnul, este important ca ea să ştie că există clinici specializate în somn care pot efectua teste formale şi pot face recomandări precise după ce iau în considerare toţi factorii – medicali şi de mediu – care ar putea avea un impact asupra somnului.

Alte tulburări ale somnului şi

J

menopauza

Apneea în somn, care este o tulburare respiratorie din timpul somnului, reprezintă obstrucţia căilor respiratorii în timpul nopţii, care are ca rezultat somnolenţa în timpul zilei. înainte de menopauză, sunt puţine cazuri de apnee în somn la femei, ea fiind mai frecventă în rândul bărbaţilor, dar după menopauză, riscul creşte semnificativ în cazul lor. Se crede că principalele motive sunt scăderea producţiei de progesteron şi creşterea grăsimii viscerale observată în tranziţia spre menopauză. Factorii de risc pentru apneea în somn includ tensiunea arterială ridicată şi o circumferinţă a taliei crescută peste 88 de centimetri.

Deoarece mulţi se gândesc în mod eronat că apneea în somn este caracteristică bărbaţilor, femeile sunt adesea nediagnosticate şi insuficient tratate. Femeile cu apnee în somn sunt mai predispuse la alte complicaţii medicale, de exemplu, boli de inimă, probleme pulmonare

şi depresie, astfel încât diagnosticarea şi tratamentul sunt esenţiale.

9

Apneea în somn trebuie luată în considerare în cazul femeilor cu somnolentă J diurnă care sforăie noaptea sau ai căror parteneri le spun că uneori se trezesc şi par să se înece. Un alt simptom al apneei în somn este legat de trezirile dese pentru a merge la baie noaptea pentru a goli vezica urinară. Acest lucru se întâmplă din cauză că modificările nivelurilor de oxigen şi de dioxid de carbon în cazul apneei în somn declanşează semnale care îi spun organismului că eşti supraîncărcată cu lichid, când de fapt nu este aşa. Rinichii sunt apoi stimulaţi să scape de lichid şi asta înseamnă o nevoie mai mare de a te ridica şi f de a merge la toaletă noaptea.

Când există suspiciuni de apnee în somn, există câteva chestionare simple de depistare care trebuie completate, iar dacă acestea sunt pozitive, se pot organiza teste mai formale. Testele iniţiale pentru apnee în somn nu mai necesită o vizită la un laborator şi se fac cu ajutorul unor dispozitive care se poartă la domiciliu. Sindromul picioarelor neliniştite (SPN)— şi tulburarea de mişcare periodică a picioarelor în somn sunt alte două afecţiuni care f perturbă somnul, dar acestea nu par a fi specifice menopauzei, ci mai degrabă sunt legate de vârstă. Tratamentul apneei în somn, al SPN şi al tulburării de mişcare

' ***9*** ***9***

periodică a picioarelor în somn depăşesc sfera de interes a acestei cărţi.

DE RETINUT

*

- Aproximativ 50% dintre femei vorbesc despre tulburări de somn în timpul menopauzei; cea mai frecventă este trezirea în timpul nopţii, iar acest lucru pare să fie legat de simptomele vasomotorii.
- THM poate ajuta femeile care se confruntă cu probleme de somn şi cu bufeuri moderate sau agresive.
- Gabapentina şi progesteronul pot ajuta în cazul tulburărilor de somn.
- Terapia cognitiv-comportamentală este foarte eficientă împotriva insomniei şi este, în general, mai eficientă decăt somniferele.
- Apneea este o cauză a tulburărilor de somn care este adesea subdiagnosticată la femei şi creşte în prevalentă după menopauză.

PARTEA A TREIA

Terapia pentru schimbare

Hormonii, dietele şi suplimentele alimentare

CAPITOLUL 17

Tratamentul hormonal al menopauzei

Trecutul complicat şi momentul actual

Tratamentul hormonal al menopauzei sau THM constă în utilizarea de hormoni pentru a controla simptomele şi/sau a preveni anumite complicaţii de sănătate legate de tranziţia spre menopauză şi/sau postmenopauză.

THM a fost denumită ani buni terapie de substituţie hormonală sau TSH, dar această denumire sugerează în mod fals faptul că estrogenul sau alţi hormoni lipsesc din cauza unei probleme medicale şi că nivelurile scăzute de estrogen după menopauză sunt anormale din punct de

vedere biologic. Unii ar putea susţine că riscul crescut de apariţie a bolilor cardiovasculare după menopauză sugerează că ea este o boală, dar n-au cum să argumenteze astfel se susţineri. După cum am discutat deja, dacă urmezi această logică până la capăt, atunci şi a fi bărbat este o boală.

Mesajul contează. Un mesaj precum „Noi doar substituim ceea ce corpul tău ar trebui să producă" este foarte diferit de unul mai apropiat de realitate, precum: „Ai simptome şi poţi fi

expusă riscului de a suferi de mai multe boli. Estrogenul poate fi o opţiune. Să vedem ce te îngrijorează şi ce ar trebui să ştii despre sănătatea ta şi apoi să discutăm despre riscuri şi beneficii, în cazul tău."

Este corect să folosim termenul „substituţie" în cazul femeilor cu insuficienţă ovariană primară (vezi capitolul 6) sau al celor cărora li s-au îndepărtat chirurgical ovarele înainte de menopauza naturală (vezi capitolul 5), deoarece producţia de estrogen s-a oprit prematur, dar, în rest, THM ar trebui să fie abordat asa cum este – o intervenţie medicală, nu o substituţie.

Originile THM

Prima utilizare documentată a THM a avut loc în 1887, când dr. Hubert Fosbery a folosit un extract ovarian pentru a o trata pe doamna C., o femeie în vârstă de 52 de ani care avea bufeuri. Doamna C. fusese supusă
la tot felul de remedii îngrozitoare din secolul al XIX-lea recomandate în cazul menstrualilor abundente, cum ar fi arsenicul, cornul-secarei, mersul cu tălpile goale, extract de glandă tiroidă şi obturarea vaginului de două ori pe zi, alternată cu duşuri reci ca gheaţa. Când în cele din urmă menstruaţia i s-a oprit, ea a avut „bufeuri frecvente şi intense". Când terapiile standard au eşuat, i s-a administrat un extract ovarian şi, în a treia zi, femeia a început să se simtă mai bine. Trei săptămâni mai târziu era vindecată, având nevoie doar de doze ocazionale ulterioare pentru ca simptomele să nu mai apară.

Ipoteza unui extract ovarian împotriva bufeurilor avea la bază dovezi solide. Se ştia că extirparea ovarelor provoacă simptomele menopauzei, iar studiile pe animale arătaseră că efectele sterilizării pot fi inversate prin transplantarea ovarelor de la un alt animal. Cu toate acestea, interpretarea rezultatelor doamnei C. ca fiind ceva mai mult decât un placebo nu este posibilă. Rezolvarea problemei bufeurilor în trei săptămâni este impresionantă, şi nu neapărat imposibilă. Având în vedere că doamna C. a fost tratată pe cale orală, cantitatea absorbită a fost probabil neglijabilă, deoarece, de obicei, sunt necesare modificări farmaceutice pentru a îmbunătăţi absorbţia şi a atinge niveluri terapeutice în sânge. De asemenea, estrogenii pe cale orală trebuie administraţi zilnic pentru a menţine nivelurile; prin
urmare, este puţin probabil ca dozajul primit de doamna C. la fiecare câteva săptămâni să aibă succes, chiar dacă ar fi fost absorbit vreun astfel de hormon. în plus, merită menţionat faptul că este posibil ca bufeurile ei violente să fi fost un efect secundar al tratamentelor folosite pentru a încerca să-i oprească sângerarea, fie al ergotaminei, fie al hormonului tiroidian din glandă, fie al otrăvirii cu arsenic sau, poate, să fi fost o combinaţie a tuturor celor trei.

J

în ciuda acestor lucruri, ideea de a trata simptomele menopauzei cu extract ovarian a fost astfel lansată în lumea medicală, iar până în 1899, preparatele din ovar de vacă sub formă de pulbere, numite Ovarin, erau disponibile în mod obişnuit. De cele mai multe ori, pulberea era pusă în capsule sau aromatizată cu vanilie; se pare că gustul ovarelor de vacă era neplăcut.

Primul hormon a fost identificat la începutul secolului al XX-lea, iar apoi s-a trecut la identificarea hormonilor de reproducere. Cercetătorii au început să injecteze extracte de ovar, placentă şi lichid amniotic în şobolani şi şoareci sterilizaţi în

III **I**

căutarea unui efect asupra ţesuturilor, dovedind astfel că aceste extracte conţin

I

hormoni. Deşi hormonii de reproducere nu fuseseră încă identificaţi, faptul că se dovedise existenţa lor a permis o varietate de terapii diferite şi, până în anii 1920, erau deja utilizate diverse extracte pentru ameliorarea simptomelor menopauzei: un extract din corpul galben al ovarului (ceea ce
ştim astăzi că produce progesteron – s-a dovedit a fi ineficient); amniotină, obţinută din lichidul amniotic de la fetuşii de bovine, şi teelină, un extract din lichidul folicular din ovarele de porc. Amniotină şi teelina par să fi avut un succes moderat.

Tratamentul cu estrogen: primul val al THM

în 1929 a avut loc un progres semnificativ atunci când estrona a fost identificată simultan de dr. Edward Doisy din Statele Unite şi de dr. Adolf Butenandt din Germania. Dr. Doisy credea că acest hormon este atât de puternic, încât „un gram ar putea restabili ciclul sexual la peste 9 milioane de şoareci". Voi lăsa această afirmaţie să vorbească de la sine. în plus, Doisy şi echipa sa au descoperit în 1931 ceea ce cunoaştem azi sub numele de estriol, iar în 1940, estradiolul. Dr. Butenandt a izolat progesteronul în 1934 şi, mai târziu, a identificat testosteronul. Având în vedere echipamentele de atunci, munca de identificare şi purificare a acestor hormoni a fost o realizare uimitoare.

Preparatele cu estronă şi estradiol au apărut curând, în anii 1930, pentru ameliorarea simptomelor menopauzei, cum ar fi bufeurile, durerile de cap, transpiraţia, durerile articulare, insomnia şi „nervozitatea". Aceste medicamente nu aveau omogenitatea sau stabilitatea
produselor farmaceutice moderne. Estrogenii erau în suspensie în ulei, administraţi sub formă de injecţii şi probabil că produceau oscilaţii mari ale nivelurilor de hormoni.

Este fascinant să citeşti cercetările medicale care au folosit aceste prime preparate. Sunt impresionată de momentele de suferinţă şi de stres surprinse în numeroasele articole despre menopauză din revistele medicale din anii 1920 şi 1930 – înainte ca industria legată de estrogen să ia avânt. în locul tabelelor şi graficelor din articolele de astăzi, în care nu se dezvăluie datele personale ale pacienţilor, existau adevărate fragmente de viaţă. De exemplu: „H.L., în vârstă de 31 de ani, căsătorită, menopauză artificială în noiembrie 1925 (radiu administrat intrauterin şi vaginal pentru endometrioză), care prezintă bufeuri la fiecare 5 minute", precum şi „dureri de cap şi de spate, a fost internată în spital în 1929 şi a fost supusă unor studii şi apoi externată, fără a i se pune un diagnostic", a găsit în cele din urmă o clinică specializată în menopauză care a tratat-o în 1932. Sau A.S., care avea 50 de ani, era căsătorită şi suferea între 20 şi 30 de bufeuri pe zi.

Alte probleme legate de acest prim val de hormoni terapeutici au fost disponibilitatea produsului brut şi eforturile necesare izolării estrogenilor. Nu exista încă nicio modalitate de sintetizare a hormonilor, adică de a-i crea într-un laborator, aşa că ei erau extrasi din urina femeilor însărcinate
(niveluri ridicate de estrogeni se eliberează în urină în timpul sarcinii) sau de la animale. Aceşti estrogeni erau substanţe chimice naturale, ceea ce înseamnă că erau obţinute prin extracţie dintr-o sursă naturală, rămânând neschimbate în urma procesului. Să ne gândim la

fierberea apei sărate pentru a obţine sarea. Sarea a fost întotdeauna ***r***
acolo; fierberea elimină apa fără să altereze sarea.

Extragerea estradiolului şi a estronei naturale din urină, din lichidul amniotic şi din ovare de porc era, aşa cum era de aşteptat, un proces îndelungat şi costisitor (aproximativ 300 de dolari pe gram la acea vreme), ceea ce necesita volume mari de produs brut pentru o cantitate mică de material utilizabil. Era nevoie de atât de multă urină, încât unul dintre asistenţii doctorului Doisy a fost oprit de poliţie în timp ce transporta nişte recipiente cu urină de la o clinică prenatală la laboratorul în care lucra echipa. Acest lucru se întâmpla în timpul prohibiţiei, iar volumul şi culoarea lichidului din recipiente i-au determinat pe poliţişti să-l suspecteze că este contrabandist de alcool. îmi imaginez că poliţistul a fost destul de surprins când a mirosit conţinutul recipientelor.

La sfârşitul anilor 1930 şi începutul anilor 1940 au fost făcute câteva descoperiri care au îmbunătăţit foarte mult capacitatea de a produce hormoni în masă. Estrogenii au fost izolaţi din urina iepelor, cunoscuţi chimic sub numele de estrogeni ecvini conjugaţi
sau EEC, iar aceştia au devenit medicamentul Premarin, fabricat din urina iepelor gestante. Aceasta este mai uşor de procurat decât urina femeilor gravide. EEC conţine cel puţin 10 estrogeni diferiţi. Premarinul a fost aprobat pentru utilizare în cazul simptomelor menopauzei în 1941 în Canada şi în 1942 în Statele Unite. EEC sunt singurii estrogeni naturali – adică extraşi din surse naturale – disponibili în prezent.

în acelaşi timp, au fost descoperite şi noi metode de sintetizare a hormonilor în laborator. Deseori se creează confuzie cu privire la cuvântul „sintetic" – nu numai că este adesea folosit în mod incorect, ci a căpătat şi o conotaţie negativă în ceea ce priveşte hormonii. Deoarece utilizarea inadecvată a acestui termen apare în mod frecvent în campaniile de marketing ale anumitor forme de THM, merită să investim ceva timp pentru a corecta limbajul.

Substanţele chimice de sinteză sunt f
fabricate prin metode diferite de cele naturale. Când substanţa de bază pentru un hormon se regăseşte în plante sau animale şi apoi este modificată prin mai multe etape chimice, procesul este cunoscut sub numele de semisinteză; când compusul este format din molecule mai mici care nu se regăsesc de obicei în natură, ceea ce rezultă se realizează prin sinteză. Ea nu are nicio legătură cu faptul că produsul final este identic sau nu cu un hormon uman. Este adevărat că limbajul este confuz, deoarece
„sintetic" înseamnă un produs obţinut fie prin semisinteză, fie prin sinteză.

Structura chimică este cea care contează, deoarece acesta este modul în care funcţionează un hormon, astfel încât, indiferent dacă estradiolul este extras din urină, obţinut prin semisinteză sau prin sinteză, structura sa chimică este aceeaşi. Revenind la analogia noastră cu cheia şi încuietoarea, în cazul hormonilor, estradiolul natural, cel de semisinteză şi cel de sinteză reprezintă aceeaşi cheie. De asemenea, metoda de producţie nu are nicio legătură cu siguranţa. La urma urmei, estradiolul produs de ovare – cel mai natural dintre toate – este una dintre cauzele apariţiei cancerelor mamar şi endometrial. Când este necesar să se facă distincţia între estradiolul produs de organism şi cel produs prin metode semisintetice, cel mai bine este să se folosească estradiol uman şi, respectiv, estradiol terapeutic (sau eliberat pe bază de reţetă).

în 1938 au fost identificaţi doi estrogeni sintetici noi – etinilestradiolul (utilizat şi astăzi în THM şi cel mai frecvent estrogen întâlnit în anticoncepţionalele orale) şi dietilstilbestrolul sau DES. Ambii erau mai puternici decât estradiolul şi se absorbeau uşor din intestin. în 1941, DES a devenit primul medicament aprobat de FDA pentru tratarea simptomelor menopauzei, deşi utilizarea sa a fost adesea limitată de efectele secundare pe care le producea – greaţă şi vărsături. Etinilestradiolul a fost
aprobat pentru utilizarea în acest scop doi ani mai târziu. Costurile de producţie ale DES erau deosebit de scăzute în comparaţie cu extragerea estrogenilor naturali: aproximativ 2 dolari faţă de 300 de dolari per gram. Cercetarea era finanţată de guvernul britanic, astfel încât orice companie era liberă să îl producă. La un moment dat, DES era disponibil sub 200 de denumiri comerciale diferite.

Totodată, DES a fost prescris la scară largă pentru a preveni avorturile spontane, în ciuda faptului că dr. Dobbs, cercetătorul principal din echipă, s-a opus acestui lucru. Nu numai că DES s-a dovedit ineficient în prevenirea avorturilor spontane, ci a provocat cancere ale organelor genitale şi malformaţii congenitale la femeile ale căror mame îl luaseră în timpul sarcinii. Chiar dacă în anii 1950 cercetările au dovedit că DES era ineficient în cazul avorturilor spontane, FDA nu a emis avertismente împotriva utilizării sale până în 1971 şi medicamentul a fost prescris în continuare în Statele Unite până la începutul anilor 1980. Nenorocirea în privinţa DES nu este reprezentată de o critică la adresa hormonilor sintetici sau a compuşilor noi; ea evidenţiază, mai degrabă, problemele legate de lansarea în pripă a unui produs pe piaţă, fără testare şi supraveghere, precum şi problemele legate de utilizarea lui în afara indicaţiei terapeutice, fără date doveditoare.

în prezent, toate medicamentele aprobate de FDA trebuie să fie mai întâi
obiectul unor studii corespunzătoare, şi apoi al unor studii de supraveghere postcomercializare – adică studii care urmăresc persoanele care iau medicamentul pentru a observa efectele secundare sau complicaţiile omise în studiile iniţiale. Cu fiecare produs nou care apare pe piaţă trebuie să ne întrebăm întotdeauna: este acesta următorul DES?

în 1938 (un an important în ceea ce priveşte descoperirile legate de hormoni) a fost inventată o metodă diferită de fabricare a hormonilor de către dr. Russell E. Marker, un chimist care a găsit o modalitate de a fabrica progesteron dintr-un steroid vegetal numit sarsasapogenină (care se găseşte în planta sarsaparilla), printr-un procedeu care îi poartă acum numele – descompunerea Marker. Aceasta este considerată semisinteză, deoarece substanţa de bază se găseşte în natură. Sarsasapogenina nu s-a dovedit a fi o opţiune economică, aşa că dr. Marker a început să caute un alt steroid, pe care l-a găsit în cele din urmă într-o ignamă din Veracruz, Mexic, numită *Dioscorea mexicana,* care conţinea diosgenină. în cele din urmă, o altă ignamă, numită *barasco,* care conţinea şi mai multă diosgenină, a devenit sursa şi, până la mijlocul şi sfârşitul anilor 1940, progesteronul a ajuns să se producă pe scară largă. în 1950, s-a descoperit modalitatea de a produce estradiol şi estronă din diosgenină. în prezent, ignamele şi soia sunt folosite ca
sursă sau materie primă care este transformată în majoritatea hormonilor.

Anii 1950 şi 1960 – epoca plină de farmec a THM

Până în 1947 existau pe piaţa americană 53 de preparate diferite de estrogen şi, aşa cum era de aşteptat, utilizarea THM a crescut. Multe femei prezentau simptome, aşa că apariţia unui tratament care funcţiona şi care nu necesita injecţii cu lichid din ovare de porc l-a făcut

probabil să fie atrăgător. Cu toate acestea, a existat şi o schimbare în atitudinea medicilor faţă de THM, probabil determinată în mare parte de publicitatea farmaceutică, care a trecut de la reclamele care îi vizau pe medici la cele care se adresau femeilor şi soţilor lor. în aceste reclame, THM era asociat cu farmecul, rafinamentul şi tinereţea. Iar bărbaţilor li se j
f r
spunea „Şi soţilor le place Premarin". Premarin era considerabil mai scump decât echivalentele sale, aşa că acest demers a reprezentat un semn de genialitate în publicitate.

înainte de anii 1950, menopauza era ceva ce trebuia controlat, dar odată ce au apărut pastile fiabile în locul injecţiilor dureroase şi nesigure, menopauza a devenit vindecabilă. Această schimbare de atitudine a fost realizată cu ajutorul extrem de important al doctorului Robert Wilson, care, la începutul anilor 1960, a scris o serie de articole academice care lăudau beneficiile THM. Teza sa se învârtea în jurul convingerii false că menopauza este o boală care există doar pentru că femeile au ajuns să trăiască suficient de mult pentru a suferi din cauza ei (o ipoteză pe care am desfiinţat-o în capitolul 4) şi că este o afecţiune deosebit de oripilantă, deoarece nu numai că este dăunătoare pentru femei din punct de vedere medical, ci reprezintă şi o stare în care ele nu mai sunt atrăgătoare, adică bărbaţii nu le mai doresc. 0 dublă oroare.

r

Leacul era estrogenul, despre care dr. Wilson susţinea că e 100% sigur. Estrogen, de la pubertate până la moarte!

Lucrările lui Wilson au fost preluate de o varietate de publicaţii, inclusiv de *Newsweek, Time, Vogue, Ladies' Home Journal* şi *Cosmopolitan.* Dezbaterile publice despre menopauză erau probabil inexistente înainte de Wilson, aşa că, indiferent cum ar fi numit- o – iar el a ales cuvântul „menopauză") termenul avea să rămână. Wilson a transpus rapid mesajul său despre menopauză într-o carte, *Feminine Forever,* publicată în 1966. De asemenea, a fost prezentată în serial în revista *Vogue* şi s-a vândut în peste 100 000 de exemplare în primele şapte luni. Potrivit lui Wilson, odată cu menopauza, femeile sunt „condamnate să asiste la moartea propriei feminităţi", dar cu ajutorul estrogenului pot avea o „tinereţe care sfidează vârsta", iar la vârsta de 50 de ani, ele pot „să arate în continuare atrăgătoare în pantaloni scurţi sau în rochii
fără mâneci şi, bineînţeles, să-şi recapete «fermitatea sânilor»". Aşadar, da, estrogenul era un bilet de acces la Campionatele Mondiale pentru Femeile Sexy.

în ciuda faptului că, în accepţiunea doctorului Wilson, să fii femeie avea mai mult valoare sexuală, *Feminine Forever* a avansat câteva idei avangardiste pentru acea vreme în materie de sex, cum ar fi aceea că femeilor nu ar trebui să le fie ruşine să aibă apetit sexual şi că dorinţa de a lua medicamente pentru a continua să facă sex e legitimă. Este posibil ca dr. Wilson să fi creat un spaţiu în care mai multe femei purtau conversaţii despre sex.

într-un interviu din 2002, fiul doctorului Wilson, Ronald Wilson, a declarat pentru *The New York Times* că Wyeth-Ayerst finanţase cercetările tatălui său, dar şi promovarea cărţii *Feminine Forever.* Mă voi întreba mereu f
dacă saltul lui Wilson de la revistele medicale la *Newsweek* şi *Vogue* s-a produs graţie unui ajutor din partea marilor companii farmaceutice. Nu ar fi fost nevoie de prea mult din partea lor pentru a stârni interesul oricărui jurnalist şi pentru a crea rumoare. La urma urmei, de aceea există departamentele de publicitate. Nu se ştie dacă industria farmaceutică a adoptat ideile lui Wilson sau dacă el era cel care reproducea argumentele companiilor farmaceutice. Ai auzit vreodată expresiile: „Dacă ţi-e sete, eşti deja deshidratat" sau „Bea ca să nu ţi se facă sete"? Aceste neadevăruri sunt produsele secundare ale marketingului creat de Gatorade Sports Science Institute (GSSI). Scopul final al marketingului este ca mesajul să devină ceva ce „toată lumea ştie". Sintagmele cu iz ştiinţific care atrag atentia necesită o
i f j
vigilenţă constantă, deoarece acestea sunt cel mai adesea nişte exagerări care îşi au originea într-un departament de marketing, nu în cel al sănătăţii.

J

Teoriile incorecte ale lui Wilson conform cărora menopauza este o boală, iar estrogenul este leacul au atins în mod clar o coardă sensibilă în rândul comunităţii J medicale şi al publicului larg şi au fost rapid acceptate ca fiind canonice.

Uterul uitat

Rolul progesteronului în protejarea mucoasei uterine împotriva cancerului nu a fost bine înţeles înainte de anii 1970. Chiar f
dacă medicii ar fi ştiut despre importanţa acestui hormon înainte de 1957, ei s-ar fi limitat la administrarea de injecţii, deoarece tehnologia care să permită absorbţia progesteronului din intestin (administrarea orală) sau prin piele (administrarea transdermică) era încă necunoscută. De asemenea, injecţiile nu se potriveau bine cu imaginea stilului de viaţă modern, plin de farmec şi „mobil" asociat pastilelor de estrogen.

Tehnologia în curs de apariţie a permis prelucrarea structurilor chimice, producând o nouă clasă de hormoni numiţi progestine, care acţionau asupra ţesuturilor la fel ca progesteronul, dar care, din punct de vedere chimic, semănau mai mult cu testosteronul. Progestinele fac parte dintr-o clasă de medicamente numite progestogeni. Da, ţi se cam plimbă limba-n gură! Progestogen şi progesteron şi progestine, of, Doamne! Gândeşte-te la progestogeni ca la o trupă rock formată numai din fete, care include progesteronul (hormonul produs de organism) şi progestinele.

Progestinele au fost adăugate la THM în anii 1960 pentru a controla sângerările produse tocmai de THM, făcându-l astfel mai acceptabil pentru femei. (Estrogenul determină consolidarea endometrului şi, fără un progestogen care să ofere sprijin, această mucoasă uterină devine în cele din urmă instabilă şi va avea fisuri neregulate, producând sângerări imprevizibile). O menstruaţie regulată indusă de un progestin se potrivea cu marketingul „natural" al THM – ideea că hormonii înlocuiau ceea ce o femeie ar fi trebuit să aibă. Acesta este un exemplu excelent al modului în care cuvântul „natural" poate fi absurd, deoarece cel mai puţin natural lucru este ca o femeie la menopauză să aibă menstruaţie. în *Feminine Forever,* dr. Wilson scria că menstruaţia este un „semn de feminitate".

Da, menstruaţia este un blestem până la menopauză, când devine o binecuvântare şi un semn prin care femeia este dorită de bărbaţi. Această abordare a problemei în funcţie de cum bate vântul mă înfurie. Pur şi
J I
simplu, corpul unei femei nu poate fi niciodată exact asa cum trebuie.

în anii 1970, numărul cancerelor endometriale a crescut brusc şi, în cele din urmă, cauza

identificată a fost neincluderea unui progestogen sau a unei cantităţi suficiente de progestogen. Aminteşte-ţi capitolul 3, în care spuneam că estrogenul stimulează mucoasa uterină (endometrul), iar progesteronul frânează acest proces. Cu timpul, fără un progestogen, acea creştere necontrolată alimentată de estrogen conduce la apariţia cancerului. Progestogenii administraţi în doze corecte au fost adăugaţi în THM în anii 1970, eliminând riscul apariţiei cancerului endometrial, iar etichetarea produselor cu estrogeni a fost modificată pentru a reflecta riscul apariţiei acestui tip de cancer. Abia din anii 1980, progesteronul a putut fi fabricat încât să poată fi administrat oral. Acest lucru a implicat scăderea dimensiunii particulelor de progesteron la <10 pm, motiv pentru care progesteronul administrat oral este numit progesteron oral micronizat.

Estrogenul ca medicament minune

în anii 1980, mai multe studii observaţionale au sugerat că THM ar putea preveni bolile cardiovasculare. Ideea că estrogenul ar putea proteja inima exista de ceva vreme. în anii 1970, Premarin fusese chiar studiat în

cazul bărbaţilor cu boli de inimă – se f

folosiseră doze de până la 5 miligrame pe zi (o doză mare, ca în cazul celei pentru anticoncepţionale). Cu toate acestea, studiul fusese oprit din cauza creşterii numărului cheagurilor de sânge.

în plus, existau tot mai multe dovezi observaţionale că estrogenul ar putea proteja oasele, precum şi creierul. S-a creat o agitaţie uriaşă, deoarece bolile de inimă, osteoporoza şi tulburările cognitive erau şi încă sunt trei dintre cele mai răspândite afecţiuni de sănătate care deteriorează

J

şi/sau scurtează viaţa femeilor. Dacă estrogenul ar putea face toate acestea, ar fi într- adevăr un medicament minune. în general, în mesajele transmise de farmacii s- a renunţat la promisiunile că femeile vor arăta mai tinere, ele fiind înlocuite cu cele despre viaţa mai lungă şi mai sănătoasă, adică despre fântâna tinereţii la propriu.

Un studiu observational înseamnă că J

cercetătorii urmăresc femeile care iau hormoni şi compară rezultatele lor cu cele ale femeilor care nu iau medicamente, întrucât aceste femei fuseseră selectate aleatoriu în studiu, mulţi factori ar fi decis alegerea de a lua hormoni, astfel încât nu a fost posibil să se demonstreze că un rezultat bun era consecinţa hormonilor sau a

J

altor factori. Aproape toate aceste studii observaţionale au implicat femei albe, educate, din clasa de mijloc superioară şi slabe. Luând în considerare impactul factorilor sociali determinanti ai sănătăţii f J

asupra rezultatelor, acesta a fost un grup de femei care, în general, prezenta un risc mai scăzut de apariţie a multor afecţiuni medicale. Studiile care nu tin cont de

J

diversitate dăunează grupurilor de femei excluse din studiu, deoarece se pierd oportunităţile de a le îmbunătăţi starea de sănătate, şi dăunează şi femeilor care sunt incluse în ele, deoarece rezultatele sunt influenţate de variabile generatoare de confuzie şi este foarte probabil să fie mai puţin fiabile.

Datele observaţionale au început să curgă şi toată lumea a început să fie interesată de estrogen. în 1992, American College of Physicians a recomandat tuturor femeilor aflate la postmenopauză să urmeze un tratament cu estrogen, la fel ca aproape toate celelalte societăţi medicale f profesionale. îmi amintesc foarte bine această perioadă, deoarece formarea mea în domeniul obstetricii şi al ginecologiei a avut loc între 1990 şi 1995. De obicei, începeam THM în clinică la trei sau patru femei pe zi. Am fost instruiţi să discutăm despre THM în acelaşi mod în care discutam despre alte terapii preventive, cum ar fi mamografiile. Totodată, era ceva obişnuit ca femeile să îşi facă programări pentru a discuta chestiuni specifice în legătură cu preocupările lor despre menopauză. Femeile auzeau despre medicamentele pentru menopauză de la medicii lor, dar şi de la vreo prietenă, soră sau chiar de la propria mamă.

Fie că ne place sau nu, Epoca de Aur a THM a făcut din menopauză o etapă importantă a vieţii şi a creat un spaţiu pentru a discuta nu doar despre THM, ci şi despre menopauză în sine. Deşi este adevărat că majoritatea acestor conversaţii se încheiau cu acest tratament – şi astfel recomandarea a fost probabil excesivă, deoarece ajunsesem să prescriem THM şi persoanelor de 70 şi 80 de ani –, cel puţin purtam conversaţii despre menopauză. în prezent, aflu de la paciente că nimeni nu le ascultă, că nu se discută despre asta şl că oportunităţile de a obţine informaţii sunt limitate.

în 1992, Premarin era cel mai vândut medicament eliberat pe bază de reţetă din Statele Unite. Vânzările au depăşit 1 miliard de dolari în 1997, iar în 2001, 42% dintre femeile americane aflate la menopauză – adică aproape 15 milioane – urmau un THM. Un singur medicament, Prempo, o pastilă convenabilă, cu un estrogen şi un progestin, era luată de aproape 50% dintre femeile care urmau THM.

Studiul WHI – Un fel de „ce naiba se petrece?" cu THM

Având în vedere că datele privind tratamentul hormonal al menopauzei au fost în mare parte observaţionale, Office of Technology Assessment (OTA) a subliniat în mod corect necesitatea unui studiu clinic,

precum şi nevoia de a căuta soluţii alternative pentru simptomele menopauzei. Astfel a apărut studiul „Women's Health Iniţiative" sau WHI.

Finanţat de Naţional Institutes of Health (NIH), WHI a înregistrat peste 64 000 de femei care au fost repartizate aleatoriu să ia un medicament sau un placebo. WHI a inclus şi un studiu observaţional pe aproximativ 100 000 de alte femei din 40 de centre din Statele Unite. Aceasta a fost o iniţiativă de mare amploare – astfel de studii clinice ample sunt rareori posibile. Scopul WHI era să evalueze THM ca metodă de prevenţie a bolilor cardiovasculare şi a fracturilor cauzate de osteoporoză, monitorizând în acelaşi timp riscul crescut de apariţie a cancerului de sân, a cancerului endometrial, a cheagurilor de sânge şi a demenţei. Alte componente ale WHI au evaluat rolul suplimentelor de calciu şi vitamina D în prevenirea fracturilor şi a cancerului colorectal, precum şi rolul unui model alimentar cu conţinut scăzut de f

grăsimi în prevenirea cancerului de sân şi a cancerului colorectal.

în cadrul studiului au fost înrolate femei aflate la postmenopauză, cu vârste cuprinse între 50 şi 79 de ani, cu o medie de vârstă de 63 de ani (acest lucru va deveni important în scurt timp, aşa că reţine vârsta). Femeile care aveau uter au luat 0,625 de miligrame de estrogeni ecvini conjugaţi sau EEC (Premarin) şi 2,5 miligrame de acetat de

medroxiprogesteron (un progestin, sub
denumirea comercială Provera) pe zi. Femeile care nu mai aveau uter au luat doar EEC. Peste *TI* 000 de femei au fost repartizate aleatoriu în grupul căruia i s-au administrat hormoni/placebo din cadrul WHI.

După cinci ani de studii şi cu trei ani mai devreme decât era planificat, NIH a întrerupt latura hormonală a studiului în 2002, din cauza unui risc crescut de apariţie a cancerului de sân şi a ceea ce părea a fi o dovadă clară că studiul nu va dovedi că THM scade incidenţa bolilor cardiovasculare; de fapt, părea să se întâmple exact opusul. Rezultatele iniţiale indicau un risc crescut de
J
apariţie a cancerului mamar invaziv, a bolii coronariene, a accidentului vascular cerebral şi a emboliei pulmonare, dar indica şi mai puţine cazuri de fracturi de şold şi de cancer de colon.

A avut loc o conferinţă de presă pentru a se discuta rezultatele studiului, ceea ce nu este un lucru obişnuit. în cartea sa din 2007, The *Hormone Decision,* jurnalista Tara Parker-Pope îl citează pe dr. Rossouw, directorul WHI, care a spus că „prin conferinţa de presă" NIH dorea să obţină „un impact puternic" şi că scopul era „să zdruncine sistemul medical şi să schimbe modul de gândire cu privire la hormoni".

Din punctul meu de vedere, obiectivul ar trebui să fie raportarea exactă a datelor, astfel încât femeile şi medicii lor să poată lua cele mai bune decizii în materie de sănătate. Publicarea rezultatelor studiilor
prin conferinţe de presă nu mi se pare în regulă. Medicina nu are nevoie de drame, ci de informaţii de calitate, imparţiale şi de capacitatea de a pune aceste date în perspectivă. Hormonii ameliorează simptomele. Bolile de inimă contează. Prevenirea osteoporozei este importantă. Nu vrem să provocăm cancer. Acest lucru trebuia să fie făcut corect şi bine explicat.

în schimb, au reuşit doar să agite lucrurile, iar ceea ce a urmat a fost o adevărată harababură.

îmi este greu să descriu ce însemna să fii un medic care prescria THM în momentul conferinţei de presă privind WHI şi frenezia mediatică ce a urmat. Ar fi ca şi cum un studiu din zilele noastre ne-ar spune că papilomavirusul uman (HPV) nu este cauza cancerului de col uterin. Titlurile au fost înfricoşătoare şi numeroase – în 2002, peste 130 de ştiri noi importante au fost dedicate tratamentului hormonal al menopauzei, majoritatea cu accent pe riscuri. Care au fost rezultatele WHI? Un risc cu 41% mai mare de producere a atacului de cord şi cu 26% mai mare de apariţie a cancerului de sân. Bineînţeles că oamenii s-au alarmat.
J
Chiar sună alarmant.

Lucrurile nu erau însă chiar ceea ce păreau a fi în lumea WHI. Printre probleme s- au aflat şi următoarele:

• COMUNICAREA UNOR INFORMAŢII
f
DERUTANTE DESPRE RISCURI. Studiul WHI a identificat un risc cu 26%

mai mare de apariţie a cancerului mamar invaziv, ceea ce sună înfricoşător. în termeni practici, acest lucru înseamnă că la fiecare 10 000 de femei care au urmat THM au existat câte 6 femei în plus care au făcut cancer de sân în fiecare an, ceea ce reprezintă un pic mai puţin de 0,1% pe an dintre femeile care urmează THM. Ce alti
J
factori cresc în mod similar riscul de cancer mamar? Două-trei pahare de alcool pe zi cresc riscul cu 20%, obezitatea cu 20-40%, iar naşterea după vârsta de 35 de ani reprezintă un risc crescut cu 40% fată de naşterea înainte de vârsta
J I
de 20 de ani. Imaginează-ţi cum ar fi să convingem femeile să facă un copil înainte de vârsta de 20 de ani doar pentru a le reduce riscul de a face cancer de sân.

DATELE WHI NU AR TREBUI SĂ FIE EXTRAPOLATE LA TOATE FORMELE DE THM.

Hormonii EEC şi acetatul de medroxiprogesteron (MPA) sunt doar un tip de estrogen şi, respectiv, de progestogen. Este posibil ca riscurile şi beneficiile acestor hormoni să nu fie aceleaşi ca în cazul altor hormoni sau sisteme de administrare.

*** DATELE WHI NU AR FI TREBUIT SĂ FIE**

EXTRAPOLATE LA TOATE FEMEILE. Vârsta medie a femeilor care au participat la studiul WHI a fost de 63 de ani. Prin defalcare, 33% dintre femei aveau între 50 şi 59 de ani, 45% între 60 şi 69 de ani şi 21 % între 70 şi 79 de ani. Riscul de a face boli cardiovasculare creste semnificativ odată cu vârsta, astfel încât două treimi dintre femeile din studiul WHI care aveau 60 de ani sau mai mult erau expuse unui risc mai mare de apariţie a complicaţiilor cardiace legate de estrogen. Riscul reprezentat de estrogeni pentru inimă poate să nu fie acelaşi în cazul femeilor care încep THM mai devreme.

*** BAREMUL DE DEPISTARE A CANCERULUI**

DE SÂN ERA SCĂZUT. Acest lucru înseamnă că a fost suficient ca studiul WHI să detecteze o schimbare infimă în ceea ce priveşte cancerul de sân pentru a opri studiul. Acesta este un lucru bun, dar să spui publicului că studiul a fost oprit pentru că planul era acela de a detecta o creştere foarte mică a incidenţei
I f
cancerului mamar sună foarte diferit de faptul că studiul a fost
oprit din cauza unui risc crescut de a face cancer de sân.

*** RISCUL MIC DE APARIŢIE A CANCERULUI**
9
DE SÂN ÎN CAZUL THM NU ERA CEVA NOU. Acest lucru a fost rareori menţionat. De exemplu, una dintre cele mai importante revizuiri ale datelor publicate cu câţiva ani înainte de studiul WHI a indicat faptul că riscul crescut de a face cancer de sân după cinci ani sau mai mult de tratament hormonal al menopauzei era de 35% – deci în concordantă cu rezultatele WHI.
f
• NU A FOST SUBLINIATĂ LIPSA DIFERENTELOR ÎN CEEA CE PRIVEŞTE
t 9
MORTALITATEA. Deşi incidenţa cancerului de sân era mai mare, în general, femeile care urmau THM nu prezentau o probabilitate mai mare de deces decât cele care nu urmau THM.

Consecinţele au fost profunde. Pentru comunitatea medicală, cel mai mare şoc a fost desfiinţarea completă a teoriei conform căreia estrogenul protejează inima. Mai bine de zece

ani le spusesem pacientelor mele că riscul doar puţin crescut de apariţie a cancerului de sân era compensat de efectul puternic protector asupra inimii, iar acest lucru era important deoarece bolile de inimă erau cauza numărul unu de deces la femei.
Dar estrogenul nu numai că nu proteja inima, ci putea chiar să o afecteze?

A părut să treacă doar o nanosecundă până când avocaţii specializaţi în malpraxis medical au început să-şi facă publicitate: „Al FOST AFECTATĂ DE HORMONI?" (reclamele sunt întotdeauna foarte zgomotoase, de unde şi majusculele). Pacientele sunau panicate. Unii medici au insistat ca femeile care refuzau să întrerupă tratamentul cu hormoni să semneze o declaraţie de exonerare a răspunderii – nu ştie nimeni cât de aplicabilă era aceasta –, dar aşa îţi faci o idee despre nivelul de îngrijorare de atunci, întrucât ginecologii şi obstetricienii se numără printre medicii care sunt cel mai frecvent daţi în judecată şi care au prescris cea mai mare parte a THM, teama de litigii a jucat probabil un rol semnificativ în oprirea THM.

La început, la fel ca mulţi dintre colegii mei, nici eu nu aveam habar ce să le spun femeilor care prezentau simptome – în mare parte, femei cu vârste cuprinse între 40 şi 55 de ani, care nu erau reprezentate în studiul WHL La vremea aceea, se folosea un singur medicament nehormonal împotriva bufeurilor – clonidina. Datele de care dispunem astăzi cu privire la numeroasele medicamente nehormonale pentru bufeuri erau doar la început în anul 2002.

Conform unor rapoarte, utilizarea tratamentului hormonal al menopauzei a scăzut vertiginos – cu până la 80%. Femeile cu simptome au avut de suferit deoarece mulţi medici se temeau să-l prescrie fiindu-le frică să nu le facă rău pacientelor, să nu fie daţi în judecată pentru malpraxis sau ambele. Societăţile profesionale s-au străduit să dea un sens datelor şi să ofere o perspectivă asupra studiului WHI, dar de multe ori, când se propunea THM, multe femei se temeau prea mult pentru a-l urma, întrucât existau foarte puţine alternative nehormonale, conversaţiile despre menopauză păreau să dispară. îmi amintesc că am spus de nenumărate ori „îmi pare rău!" şi am ridicat de multe ori din umeri. Mă simţeam neputincioasă şi furioasă, pentru că femeile sufereau şi îmi era greu să aplic datele WHI în cazul majorităţii femeilor care aveau nevoie de ajutor pentru simptome.

Când 42% din populaţie ia un medicament pentru menopauză, acest lucru legitimează conversaţiile şi relatările despre această etapă a vieţii – studiul a invitat femeile să vorbească despre ceea ce se întâmpla cu corpul lor, iar acest lucru trebuie recunoscut. Când există un medicament care să amelioreze bufeurile – chiar dacă nu vrei să-l iei –, acesta le justifică pe cele cu care chiar te confrunţi. Multe dintre pacientele mele îmi spuneau că suferă acasă pentru că nu credeau că hormonii sunt siguri, aşa că nici măcar nu aveam şansa de a purta o conversaţie cu ele despre corpul lor, de a încerca să pun în perspectivă riscurile estrogenului sau de a lua în considerare alte opţiuni nehormonale care deveneau din ce în ce mai disponibile.

N-ai cum să exagerezi când discuţi despre impactul studiului WHI asupra modului în care privim astăzi THM şi bănuiesc că reverberaţiile sale vor fi resimţite alte zeci de ani de acum înainte, nu doar din cauza rezultatelor, ci şi din cauza modului în care au fost comunicate de cercetători şi presă şi a felului în care au fost interpretate şi reinterpretate *ad nauseam* – şi probabil că vor continua să fie reinterpretate. De când a fost publicat primul articol despre studiul WHI, în 2002, fiecare dintre rezultatele obţinute a făcut obiectul a peste 100 de lucrări şi, uneori, pare că datele generate au fost descompuse la nivel molecular şi reasamblate de mai multe ori. Este greu să dai un sens tuturor acestor informaţii. Există şi alte implicaţii. Din punct de vedere medical, nu am fost educată să mă tem de THM, aşa că, pe măsură ce au devenit disponibile mai multe date privind siguranţa acestor tratamente, mi-a fost uşor să mă readaptez. M-am simţit confortabil să prescriu THM înaintea multora dintre colegii mei mai tineri, care erau în formare când a fost publicat studiul WHI. A fost nevoie de zece ani pentru ca noile date şi declaraţii de politici de sănătate să se răspândească, astfel încât două generaţii de medici au trecut prin rezidenţiat expuşi la atitudini în mare parte negative faţă de THM, iar unii dintre ei au şi astăzi rezerve fată de THM. în plus, mai multe studii importante au fost oprite din cauza temerilor legate de bolile cardiovasculare şi de cancerul de sân.

O nouă perspectivă asupra THM

în 2007, datele din cadrul studiului WHI privind bolile cardiovasculare au fost revizuite, analizând femeile pe grupe de vârstă. Cele care începuseră THM în decurs de zece ani de la ultima lor menstruaţie *r* prezentau de fapt un risc de a face boală coronariană mai mic decât se aşteptau, iar cele care începuseră la zece ani sau mai mult după ultima lor menstruaţie aveau un risc uşor crescut. Femeile care urmaseră THM între 50 şi 59 de ani aveau un risc cu

30% mai mic de deces fată de cele cărora li *r*
se administrase un placebo.

Ideea că exista o fereastră de siguranţă pentru începerea THM – adică în cazul începerii administrării hormonilor mai aproape de ultima menstruaţie riscul este diferit de cazul în care începi mai târziu – s-a născut şi este susţinută acum de un volum tot mai mare de date.

în prezent, aproximativ 5% dintre femei urmează THM, ceea ce reprezintă o scădere mare faţă de apogeul administrării de hormoni de la sfârşitul anilor 1990. Recomandările privind THM au fost consecvente în ultimii opt ani, ceea ce este liniştitor. Conform directivelor North

American Menopause Society (NAMS), care au fost aprobate de aproape toate societăţile medicale americane şi *r* *9*
internaţionale importante dedicate sănătăţii femeilor, pentru femeile cu vârsta sub 60 de ani sau care se află la zece ani de la instalarea menopauzei şi nu au nicio contraindicaţie, THM este o alegere potrivită pentru tratarea simptomelor vasomotorii (bufeuri şi transpiraţii nocturne şi a sindromului genito-urinar de menopauză (SGM, deşi, aşa cum am discutat în capitolul 13, se recomandă începerea cu tratamentele specifice SGM) şi pentru prevenirea osteoporozei. Există şi alte potenţiale beneficii ale THM care nu se regăsesc în recomandările oficiale, dar care ar putea sfârşi prin a fi factori care le ajută pe femei şi pe medicii lor să ia decizii. După cum am discutat, THM poate ajuta unele femei să doarmă mai bine, poate îmbunătăţi starea de spirit a persoanelor cu depresie uşoară până la moderată şi reduce riscul apariţiei cancerului de colon şi a diabetului de tip 2 (vezi capitolul 18 pentru informaţii suplimentare). Peste vârsta de 60 de ani, riscul unui rezultat negativ la administrarea tratamentului hormonal al menopauzei creşte, astfel încât începerea lui de

către femeile cu vârste peste 60 de ani sau aflate la zece ani de la începutul menopauzei nu este, în general, recomandată. Acest lucru este din cauza riscurilor crescute de apariţie a bolii coronariene, a accidentului vascular cerebral, a cheagurilor de sânge (tromboembolism venos) şi a demenţei.

Ce se întâmplă la 60 de ani cu femeile care au început THM în timpul acelei ferestre critice de siguranţă de după ultima menstruaţie? îsi asumă ele riscurile de a f I începe THM mai târziu sau sunt protejate dacă încep mai devreme? Există foarte puţine răspunsuri clare în acest caz, astfel încât modul în care se va alege o cale de urmat se va baza pe o analiză amănunţită a beneficiilor reale ale THM în cazul fiecărei femei, a riscurilor ei de a face osteoporoză şi alte afecţiuni medicale care ar putea fi ameliorate sau agravate de tratament.

Tratamentul hormonal al menopauzei: riscurile

Cele mai multe riscuri legate de THM se situează în intervalul l-10/10 000 de femei/an, iar în medicină, această prevalenţă este considerată scăzută (foarte scăzută este l-10/100 000). Cu toate acestea, dacă prezinţi o complicaţie, atunci acest risc este de 100% în cazul tău. Aminteste-ti că rar sau chiar foarte rar nu înseamnă niciodată, aşa că întotdeauna va exista un număr mic de femei care fac complicaţii. Cunoaşterea acestor riscuri face parte din consimţământul informat, astfel încât femeile să le poată cântări în raport cu beneficiile potenţiale şi să decidă ce le foloseşte cel mai bine.

I

Discuţia despre riscuri este dificilă, deoarece ceea ce reprezintă un risc pentru o femeie care se gândeşte la THM este foarte diferit de evaluarea aceluiaşi risc pentru o populaţie. Dacă 10 milioane de femei urmează tratamentul hormonal al menopauzei şi riscul apariţiei unei consecinţe negative – de exemplu, cancerul de sân – este de 6 din 10 000 de femei/an, asta înseamnă că 6 000 de femei vor face cancer de sân în fiecare an.

Ar fi greşit ca cei care investesc în sănătatea populaţiei să nu menţioneze acele 6 000 de femei cu cancer de sân. Dar statisticile sunt înşelătoare. Datele la nivelul

I

populaţiei sunt cele care generează de obicei titlurile ziarelor, deoarece numerele mari amplifică percepţia riscului, făcând ca un tratament să pară mai înfricoşător decât este, căci frica vinde. *Adică 6 000 de femei, pe an? Doamne! încercaţi să mă omorâţi?*

Dar 6 femei la 10 000 de femei pe an înseamnă, de asemenea, 0,06% din totalul populaţiei feminine pe an, iar acest lucru face să pară că este un medicament mult mai sigur, chiar dacă este pur şi simplu acelaşi risc explicat în moduri diferite. *Adică 0,06% dintre femei pe an, asta e tot? De ce nu mi-aţi dat deja hormonii?*

Pentru mine, răspunsul este simplu: trebuie să le explicăm femeilor această problemă. Mi-a luat mai puţin de 200 de cuvinte în paragraful anterior. Femeile sunt foarte capabile să înţeleagă riscul. La urma urmei, majoritatea sunt familiarizate cu evaluarea riscurilor. De exemplu, dacă ar trebui să meargă pe o anumită stradă noaptea sau dacă este mai bine să ia autobuzul.

Am impresia că punem prea mult accent pe riscurile legate de tratamentul hormonal al menopauzei, iar mie mi se pare că acest lucru depăşeşte chiar şi conceptul de infantilizare a femeilor şi a capacităţii lor de decizie. Medicamentele pentru disfuncţia erectilă cauzează orbirea la 3 din 100 000 de bărbaţi care le iau şi, cu toate acestea, societatea are încredere că bărbaţii pot decide dacă aceste riscuri merită asumate. Tratarea disfuncţiei erectile poate fi utilă pentru starea de bine a unui bărbat, dar nu îl va împiedica să facă osteoporoză, nu îl va ajuta să aibă un somn mai bun şi nici nu va trata depresia uşoară. Estrogenul, pe de altă parte – care aduce mai mult decât îmbunătăţirea calităţii vieţii –, este văzut ca fiind riscant. Nu sunt sigură că am un alt răspuns pentru diferenţele distorsionate de perspectivă, în afară de misoginism. Poate că bărbaţii privesc riscul în mod diferit, astfel încât titlurile de presă motivate de frică au un impact mai mic. Poate că teama de cancerul de sân este atât de mare încât articolele pe această temă au mai multe şanse de a fi publicate. Nu doresc deloc să minimalizez relevanţa cancerului de sân, dar dacă cineva citeşte doar presa de larg consum, nu poate fi învinuit că are impresia că bolile de inimă şi osteoporoza sunt preocupări minore pentru femei.

Riscul de a face tromboembolism venos (un cheag de sânge potenţial periculos, cunoscut şi sub numele TEV) combinat cu THM administrat oral este de aproximativ 9 la 10 000 de femei pe an (nu creşte în cazul administrării transdermice de estrogen).

Riscul de TEV în timpul sarcinii este între 5 şi 20 de cazuri la fiecare 10 000 de sarcini, iar după naştere este de 40-65/10 000 de sarcini, şi totuşi nu există recomandări care să îndemne femeile să nu rămână însărcinate din cauza riscului de formare a cheagurilor de sânge. Când spunem că este acceptabil ca o femeie să îşi asume riscul de TEV în cazul sarcinii şi să nu îsi asume unul mai mic, precum cel asociat cu THM, ce spune asta despre femei? Că atâta timp cât este în slujba uterului femeii, riscul este acceptabil şi că, odată ce resursele sale naturale au fost consumate de societate, preocupările ei în materie de sănătate abia dacă merită să fie luate în seamă? Pentru că exact aşa pare că sună.

Dacă femeile pot decide dacă să rămână însărcinate sau să bea lapte (vezi capitolul 19 pentru a afla mai multe despre datele observaţionale care leagă laptele de cancer) sau dacă să conducă o maşină, atunci putem, într-adevăr, să le lăsăm să decidă dacă tratamentul hormonal al menopauzei este potrivit pentru ele. Iată care sunt riscurile THM pe baza datelor disponibile pentru femeile cu risc mediu, obţinute din cenuşa studiului WHI şi din multe alte studii. Multe dintre potenţialele beneficii au fost explorate în capitolele anterioare şi vor fi discutate în capitolul 18. Femeile cu risc crescut de a suferi de aceste afecţiuni vor *r* avea nevoie de conversaţii diferite.

r

Principalele riscuri ale THM sunt următoarele:

- **FORMAREA CHEAGURILOR DE SÂNGE.**

Riscul general asociat tratamentului hormonal al menopauzei administrat oral este de 8-9 la 10 000 de femei pe an. Riscul formării cheagurilor de sânge asociat cu THM este legat de vârstă. Pentru femeile cu vârste cuprinse între 40 şi 55 de ani, riscul este de 5/10 000 de femei pe an, iar pentru femeile cu vârste cuprinse între 56 şi 64 de ani, riscul este de 15/10 000 de femei pe an. în tratamentul administrat transdermic, riscul nu creste.

- **APARIŢIA CANCERULUI DE SÂN.** Pentru

f

femeile cu vârste cuprinse între 50 şi 59 de ani, THM combinat (un estrogen şi un progestogen) este asociat unui risc suplimentar de 6 până la 15 cancere de sân la 10 000 de

femei pe an. Utilizarea timp de mai mult de cinci ani a THM este asociată cu cel mai mare risc. Riscul apariţiei cancerului de sân este mai mic în lipsa unui progestogen şi poate fi mai mare în cazul femeilor mai în vârstă.

- COLESTEROLUL. Estrogenul administrat pe cale orală poate înrăutăţi trigliceridele, dar poate îmbunătăţi colesterolul HDL, LDL şi colesterolul total. Estrogenii administrat! transdermic nu au ***r***

niciun efect benefic asupra colesterolului şi niciun impact negativ asupra trigliceridelor.

BOLILE VEZICII BILIARE. în Cazul estrogenului administrat pe cale orală, riscul apariţiei bolilor vezicii biliare variază între 47 şi 58 de cazuri suplimentare la 10 000 de femei pe an. Acesta este cel mai mare risc dintre toate complicaţiile tratamentului hormonal al menopauzei. Tratamentul administrat transdermic nu este asociat unui risc crescut.

PROBLEMELE INIMII. Pe măsură ce adunăm mai multe informaţii f despre efectele din punct de vedere cardiovascular, se conturează o imagine mai complexă. Riscul de a face boală coronariană – acumularea de

plăci în arterele inimii, care pot provoca angină pectorală şi atacuri de cord – nu este mai mare pentru femeile care încep THM înainte de vârsta de 60 de ani sau în termen de zece ani de la instalarea menopauzei. De fapt, riscul este chiar mai mic. Peste

vârsta de 60 de ani, riscul creşte în mod cert.

*** ATACUL VASCULAR CEREBRAL.** RiSCUl este de aproximativ 8 la 10 000 de femei pe an în cazul THM administrat pe cale orală.

Alte potenţiale riscuri care sunt mai puţin bine descrise, ceea ce înseamnă că par a fi asociate cu tratamentul hormonal al menopauzei, dar riscul real nu este cunoscut, includ potenţialul de agravare a incontinenţei (vezi capitolul 14); contribuţia la pierderea auzului; creşterea riscului de sindrom al ochiului uscat sau keratoconjunctivită sicca (aceasta poate afecta capacitatea de a purta lentile de contact); o modificare la nivelul vederii, deoarece estrogenul poate creşte elasticitatea corneei, şi un potenţial rol în afectarea simţului olfactiv, deşi acest lucru nu este bine descris.

DE RETINUT

*

- înainte de descoperirea estrogenilor, femeile erau tratate cu o varietate de extracte obţinute din l ovarele animalelor sau din lichidul amniotic.
- Singurul estrogen natural este reprezentat de estrogenii ecvini conjugaţi (EEC sau Premarin).
- Majoritatea estrogenilor şi progestogenilor (gândeşte-te la progesteron şi la progestine ca la o trupă de fete) sunt obţinuţi prin transformarea în hormoni a unui steroid din igname sau soia printr-un proces cu mai multe etape.
- THM este aprobat de FDA pentru prevenirea osteoporozei şi pentru tratamentul bufeurilor şi al SGM şi este asociat cu o creştere mică, dar clară, a riscului de producere a accidentului vascular cerebral, de formare a cheagurilor de sânge şi de apariţie a cancerului de sân şi a bolilor vezicii biliare.
- Există o fereastră de siguranţă înainte de vârsta de 60 de ani sau înainte să treacă zece ani de la ultima menstruaţie în care THM oferă cele mai l multe beneficii şi cele mai mici riscuri.

f

CAPITOLUL 18

Universul cinematic al hormonilor

Ce tip de THM ţi se potriveşte?

înainte de a trece la discuţia despre hormoni, este important să ne amintim că cele mai sănătoase trei lucruri pe care le poate face o femeie la menopauză nu au nicio legătură cu tratamentul hormonal al menopauzei (THM) şi sunt renunţarea la fumat, respectarea numărului de ore de exerciţii fizice recomandat şi urmarea unei f l diete care să-i satisfacă nevoile nutriţionale. ***r***

în timp ce THM poate îmbunătăţi calitatea vieţii multor femei şi, uneori, poate contribui la longevitate, se pot obţine beneficii şi mai mari prin aceste alte schimbări. Asta nu înseamnă că femeile nu ar trebui să urmeze tratamentul hormonal al menopauzei; este important să privim beneficiile THM în perspectivă, deoarece el este doar o piesă din puzzle-ul menopauzei.

Multe femei încep tratamentul hormonal al menopauzei cu aşteptări prea mari, dar acest lucru poate conduce la dezamăgire şi la întreruperea prematură sau la schimbarea inutilă a tratamentului, uneori chiar determinându-le să apeleze la preparate magistrale mai puţin sigure. Un alt aspect de luat în considerare este că THM nu este permanent; dacă nu te simţi bine, poţi să treci la un alt produs sau să-l întrerup! definitiv.

Mă poate ajuta tratamentul hormonal al menopauzei?

Indicaţiile aprobate sunt tratarea bufeurilor şi a transpiraţiilor nocturne, a sindromului genito-urinar al menopauzei (SGM) şi a insuficienţei ovariene primare şi prevenirea osteoporozei. Acest lucru înseamnă că THM este eficient în cazul acestor afecţiuni, iar pentru marea majoritate a femeilor beneficiile depăşesc riscurile. Femeile nu trebuie să fie în postmenopauză pentru a începe tratamentul; nu uita că simptomele menopauzei pot debuta cu mulţi ani înainte de ultima menstruaţie (UM), în timpul tranziţiei.

Femeile cu insuficienţă ovariană primară (vezi capitolul 6) nu trebuie să aibă simptome pentru a începe tratamentul hormonal al menopauzei. Cu excepţia cazului în care este contraindicat, ele trebuie să urmeze THM până la vârsta medie a menopauzei, adică 50-52 de ani, şi apoi să ia o decizie privind continuarea sau întreruperea tratamentului. THM este recomandat şi femeilor a căror ultimă menstruaţie se produce între 40 şi 45 de ani, deoarece ajută la atenuarea riscului crescut de apariţie a bolilor cardiace şi s-a demonstrat că în cazul lor THM diminuează riscul de deces.

Dar cum rămâne cu celelalte simptome sau afecţiuni? THM poate fi utilizat şi în alte scopuri decât cele patru indicaţii aprobate. Acestea se numesc indicaţii „neconforme cu eticheta", adică nu au fost prezentate date către Food and Drug Administration pentru a dovedi că THM funcţionează suficient de f bine în cazul acestor afecţiuni şi/sau că beneficiile depăşesc riscurile. E posibil ca datele să

existe – adică studiile au fost publicate – şi compania farmaceutică doar să nu le fi prezentat către FDA, sau ar putea însemna că nu sunt informaţii de calitate.

f

Din fericire, există recomandări din partea experţilor care au analizat literatura de specialitate pentru a face recomandări în cazul mai multor astfel de situaţii intermediare. Exemplul clasic de utilizare neconformă cu eticheta aprobat de mai multe reglementări este cel al THM pentru a controla sângerările neregulate în timpul tranziţiei spre menopauză.

Alte beneficii potenţiale pentru sănătate observate la tratamentul hormonal al menopauzei care nu sunt acoperite de indicaţiile aprobate de FDA, dar care pot fi luate în considerare de unele femei şi chiar trebuie să fie luate în considerare când evaluează raportul risc-beneficiu personal, se referă la:

* CANCERUL DE COLON. Studiile au indicat un risc redus pentru acest tip de cancer la administrarea THM.
* DEPRESIE. THM poate ameliora depresia uşoară sau moderată care începe în timpul tranziţiei spre menopauză.
* OCHI. THM reduce riscul de apariţie a cataractei şi a glaucomului cu unghi deschis.
* **SINDROMUL METABOLIC SI GREUTATEA.**

t

THM prezintă un efect favorabil asupra sindromului metabolic şi poate încetini acumularea grăsimii viscerale (grăsimea activă sau dăunătoare, vezi capitolul 7). THM nu este asociat creşterii în greutate.

* ODIHNĂ şi DEPRESIE. THM le poate ajuta pe unele femei; pentru informaţii suplimentare, consultă capitolul 12.
* MUŞCHI. Estrogenul combinat cu exerciţiile fizice poate contribui la încetinirea pierderii de masă musculară odată cu vârsta şi menopauza (nu definitiv). Poate îmbunătăţi, de asemenea, echilibrul.
* PIELE. Poate încetini apariţia ridurilor şi poate contribui la hidratarea pielii datorită unui efect pozitiv al estrogenului asupra colagenului. Estrogenul nu are impact asupra căderii părului asociate menopauzei sau îmbătrânirii.
* SOMN. THM reduce numărul episoadelor de trezire cauzate de bufeuri.
* DIABETUL DE TIP 2. Există o scădere cu 19 până la 40%, ceea ce se traduce printr-un număr de aproximativ 16 femei mai puţin la 10 000 pe an dintre cele care urmează un THM.
* **SIMPTOMELE VAGINALE CAUZATE DE** SGM. THM poate ajuta 50% dintre femeile cu SGM. la în considerare tratamentele specifice ale SGM în detrimentul THM, deoarece acestea sunt 100% eficiente, iar opţiunile vaginale sunt la fel de lipsite de riscuri precum un medicament atunci când este prescris şi utilizat în mod corect (vezi capitolul 13).

în prezent, tratamentul hormonal al menopauzei nu este recomandat pentru prevenirea demenţei sau a bolii Alzheimer la femeile cu risc mediu (pentru informaţii suplimentare, vezi capitolul 12).

Există multe simptome asociate menopauzei şi poate fi greu de ştiut dacă acestea sunt legate de menopauză, de vârstă sau poate de altceva (adu-ţi aminte de diagrama celor 5 M din capitolul 1). Dacă o femeie decide că THM poate fi o opţiune în cazul altor simptome sau afecţiuni – de exemplu, o agravare persistentă a unei alte afecţiuni medicale, cum ar fi o afecţiune autoimună sau o agravare a migrenelor – în timpul tranziţiei spre menopauză, este important ca ea să stabilească în mod clar ce anume reprezintă un beneficiu acceptabil şi un prag la care poate opri tratamentul în cazul în care acesta nu pare să o ajute. Cu toate că riscurile THM sunt foarte scăzute – în special în primii patru până la cinci ani de utilizare –, nimeni nu ar trebui să ia un medicament care nu ajută. De asemenea, este important să cauţi alte cauze ale simptomelor, deoarece există tendinţa de a da vina pe hormoni pentru tot ceea ce i se întâmplă unei femei între 40 şi 60 de ani.

Toate simptomele şi afecţiunile enumerate mai sus se combină pentru a forma ceea ce am putea numi „calitatea vieţii", iar aceasta este dificil de studiat, deoarece ea poate însemna lucruri diferite pentru femei diferite. Când o femeie suferă, încercarea tratamentului hormonal al menopauzei poate fi rezonabilă. Poate fi util ca, înainte de a începe tratamentul, fiecare femeie să consemneze problemele de sănătate pe care speră că THM le va ameliora şi să fie cât mai precisă posibil, iar apoi să revină periodic asupra acestei liste pentru a se asigura că obţine cu adevărat rezultatul sperat. în plus, este nevoie de timp pentru a vedea o îmbunătăţire. Poate fi nevoie de cel puţin şase săptămâni sau mai mult pentru a vedea un beneficiu real, aşa că este o idee bună să aştepţi cel puţin 10 până la 12 săptămâni pentru a evalua efectul dorit. Descarcă aplicaţia MenPro de la North American Menopause Society (NAMS) pentru a verifica ce recomandă medicul tău în timpul consultaţiilor în raport cu recomandările acestei organizaţii.

începerea tratamentului hormonal al menopauzei

Ca să ia în considerare tratamentul hormonal al menopauzei, o femeie trebuie să aibă mai puţin de 60 de ani sau mai puţin de zece ani de la ultima menstruaţie şi să nu *r 9* aibă antecedente personale de cancer de sân, accident vascular cerebral sau atac de cord. Unele femei care au avut un cancer endometrial (cancerul uterului) în stadiu incipient, care a fost tratat şi care este considerat vindecat, pot lua în considerare unele forme de THM după o discuţie cu oncologul lor (specialistul în cancer). Deoarece riscurile majore pentru sănătate asociate THM sunt legate de formarea cheagurilor de sânge, de apariţia bolilor cardiovasculare (atac de cord şi accident vascular cerebral) şi a cancerului de sân, este important să se analizeze cu atenţie factorii de risc ai unei femei cu privire la aceste afecţiuni. Unele femei cu afecţiuni *r r* mai uşoare care cresc riscul de coagulare a sângelui pot urma unele forme de THM, dar pentru asta este nevoie de o discuţie aprofundată cu medicul lor. Femeile îşi pot evalua riscul de a face boli de inimă (boală cardiovasculară aterosclerotică sau BCVA) şi cancer de sân folosind calculatoare online

9

gratuite: BCVA la tools.acc.org/ASCVD-Risk- Esti mator-PI us/#!/calcu I ate/esti mate/at (sunt necesare nivelurile de colesterol) şi cancerul mamar pe pagina bcrisktool.cancer.gov. Dacă riscul de BCVA al unei femei în următorii zece ani este >10% sau riscul de a face cancer de sân este >5%, atunci THM nu este recomandat. Femeile cu risc moderat pentru aceste afecţiuni ar trebui să aibă discuţii mai detaliate cu *r*

medicii lor, astfel încât să îşi poată evalua propriile riscuri şi modul în care să le pună în balanţă cu beneficiile potenţiale.

Se recomandă depistarea afecţiunilor de sănătate care ar putea influenţa decizia de a începe tratamentul hormonal sau alegerea hormonilor înainte de a începe. Aceasta este o bună ocazie de a-şi face investigaţii medicale care nu au legătură cu menopauza. Femeile ar trebui să ia în considerare următoarele aspecte înainte de a fi evaluate pentru THM:

* **VERIFICAREA TENSIUNII ARTERIALE.** Tensiunea arterială ridicată creste
9
riscul producerii unui accident vascular cerebral şi a atacului de
9
cord.

* **O ANALIZĂ DE SÂNGE PENTRU DEPISTAREA DIABETULUI.** Această analiză de sânge este recomandată în fiecare an începând cu vârsta de 45 de ani şi mai devreme pentru femeile care prezintă factori de risc. Diabetul este un factor de risc pentru accidentul vascular cerebral şi
9 atacul de cord. Femeile cu diabet ar trebui să utilizeze numai tratamentul administrat transdermic.

* **O ANALIZĂ DE SÂNGE PENTRU COLESTEROL, LIPIDE ŞI TRIGLICERIDE.** Valorile crescute ale colesterolului şi ale trigliceridelor sunt factori de risc pentru accidentul vascular cerebral şi atacul de cord.
9
Estrogenul administrat oral poate creşte numărul trigliceridelor, astfel încât femeile cu valori ridicate ale acestora ar trebui să aleagă tratamentul administrat transdermic.

SCREENING PENTRU DEPISTAREA CANCERULUI DE SÂN. Estrogenul din THM ar putea face ca riscul apariţiei anumitor cancere de sân să crească. Retine densitatea *r*
sânului măsurată la mamografie, deoarece THM poate creşte densitatea sânului la unele femei, ceea ce, la rândul său, poate avea un impact asupra depistării cancerului de sân la viitoarele mamografii.

EVALUAREA SÂNGERĂRILOR UTERINE ANORMALE. O evaluare de către un specialist poate stabili dacă orice sângerare neregulată sau neprevăzută este sau nu din cauza cancerului endometrial (vezi capitolul 10 pentru informaţii suplimentare despre analize). Sarcina ar trebui, de asemenea, să fie exclusă ca posibilă cauză.

SĂNĂTATEA OASELOR. Femeile ar trebui să îsi evalueze riscul de
9
fractură asociată osteoporozei (vezi capitolul 11). Dacă riscul este ridicat, acest lucru poate avea un impact asupra alegerii hormonilor şi asupra duratei tratamentului hormonal al menopauzei.

* **EVALUARE PENTRU DEPISTAREA CANCERULUI CERVICAL.** RÎSCUl de a face cancer de col uterin nu este influenţat de menopauză, dar este întotdeauna o idee bună să te asiguri că eşti la zi cu evaluările.

* **DEPISTAREA DEPRESIEI SI A ANXIETĂŢII.** Cele mai multe cazuri de depresie se întâlnesc la femeile cu vârste cuprinse între 40 şi 59 de ani (12,3%). Deşi THM poate ajuta unele femei cu depresie uşoară până la moderată, depresia severă poate necesita alte tratamente şi monitorizare. Evaluarea obiectivă a depresiei şi a anxietăţii înainte de începerea tratamentului poate ajuta femeile să identifice o afecţiune preexistentă şi să nu se mai preocupe de posibilitatea de a face depresie în timp ce urmează THM.

* **DEPISTAREA VIOLENTEI PARTENERULUI** INTIM (VPI). Fiecare vizită este o oportunitate de a evalua VPI.

Alegerea tipului de tratament hormonal al menopauzei

Există atât de multe opţiuni încât ţi se poate părea că te afli într-un restaurant cu foarte multe tipuri de prăjituri – cum poţi alege dintr-un meniu atât de variat? Numărul produselor de calitate farmaceutică pentru THM este copleşitor, dar acest lucru înseamnă şi că în această multitudine de opţiuni se află un regim care poate fi adaptat la nevoile medicale individuale ale aproape fiecărei femei. Scopul acestei cărţi este de a oferi o bază solidă de date ca să te pregăteşti pentru discuţii în cunoştinţă de cauză cu medicul tău. Acest capitol este un fel de stagiu practic în domeniul hormonilor.

Şi nu uita că, dacă începi un tratament şi descoperi că el ar putea avea efecte secundare sau că utilizarea lui îti dă bătăi de ***r***
cap (la urma urmei, calitatea vieţii face parte din obiectiv), acesta nu este Tinder şi nu ai glisat spre stânga.

Estrogenul

Estrogenul este cel care asigură tratamentul. Cea mai mare diferenţă între estrogeni nu este tipul acestora, ci mai degrabă calea de administrare: orală versus transdermică (care include aplicaţii locale pe piele, precum şi vaginale). Estrogenii administraţi pe cale transdermică au cel mai mic risc de formare a cheagurilor de sânge şi de producere a accidentului vascular cerebral; de fapt, nu cresc riscul acestor complicaţii majore peste riscul de bază asociat vârstei.

Există şi alte diferente mai mici între estrogeni, care vor fi discutate mai târziu, dar una dintre cele mai importante este aceea că nu toţi estrogenii sunt aprobaţi pentru tratarea osteoporozei, un aspect important pentru multe femei.

Motivul pentru siguranţa relativă a estrogenilor administraţi pe cale transdermică comparativ cu cei administraţi pe cale orală este un fenomen cunoscut sub numele de „prima trecere" (vezi figura 16). Majoritatea medicamentelor absorbite prin intestin intră într-un grup specific de vase de sânge care se îndreaptă direct spre ficat pentru procesare şi, de acolo, intră în fluxul sanguin. Astfel, prima trecere a medicamentelor se face prin ficat. În cazul administrării pe cale transdermică, estrogenii intră direct în fluxul sanguin prin piele sau vagin, astfel încât atunci când ajunge la ficat, hormonul a fost deja diluat de volumul mai mare de sânge din organism. Efectul primei treceri înseamnă că ficatul primeşte o doză mult mai mare de hormoni în cazul tratamentului administrat pe cale orală în comparaţie cu cel administrat transdermic.

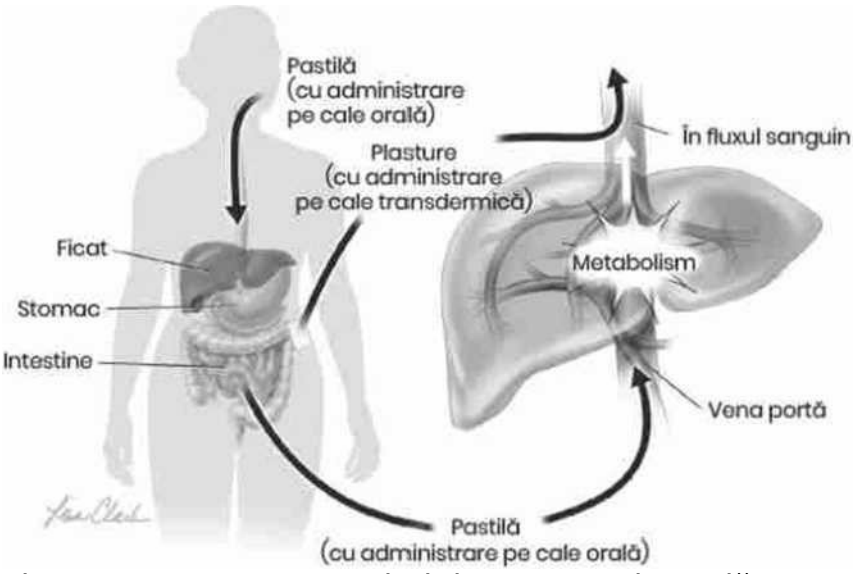


Figura 16. Tratament administrat pe cale orală versus pe cale transdermică

Când estradiolul este administrat pe cale orală, ficatul transformă cea mai mare parte din el în estronă. Deşi este un estrogen mai slab, estrona determină ficatul să producă mai multe proteine care influenţează coagularea sângelui, de unde şi riscul crescut de formare a cheagurilor în cazul estrogenilor administraţi pe cale orală. în plus, estrogenul oral determină ficatul să crească producţia de globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG) (îţi aminteşti mnemotehnica „Sunt Hoţi pe Bulevarde şi prin Ganguri?"), legând mai mult testosteron, astfel încât el să nu poată fi activ. Acesta poate fi unul dintre motivele pentru care unele femei constată că estrogenul administrat pe cale orală are un efect negativ asupra libidoului. Este posibil ca estrona să aibă şi alte efecte negative asupra ficatului. Efectul primei treceri este şi motivul pentru care estrogenul administrat pe cale orală scade colesterolul, dar creşte numărul trigl iceridelor.

Estrogenul administrat pe cale transdermică nu are aceste efecte. Alte avantaje ale tratamentului administrat pe cale transdermică sunt nivelurile constante de hormoni, în special în cazul plasturelui şi al inelului vaginal. Tratamentul cu administrare orală produce mai multe fluctuaţii ale nivelurilor, deoarece o cantitate mare de estrogen este absorbită dintr-odată, spre deosebire de un nivel scăzut şi constant de administrare în sânge, cum este cazul terapiei transdermice. Este posibil ca
acest efect să nu fie vizibil pentru majoritatea femeilor, dar ar putea avea un impact asupra stării de spirit pentru cele care sunt sensibile la fluctuaţiile hormonale.
r
De asemenea, este mai puţin probabil ca estrogenul administrat pe cale transdermică să provoace hipertensiune arterială. Femeile care au dificultăţi de absorbţie a ff medicamentelor, de exemplu, după o intervenţie chirurgicală de reducere a greutăţii sau cele cu boală inflamatorie intestinală, nu vor fi îngrijorate de tratamentul administrat pe cale transdermică.

în 1978, etichetarea estrogenilor a fost modificată pentru a reflecta riscul crescut de formare a cheagurilor de sânge care a fost observat în cazul dozelor mari de etinilestradiol utilizate în anticoncepţionalele orale. în Statele Unite, când o formă a unui medicament este asociată cu un risc, toate formele medicamentului trebuie să poarte aceeaşi etichetă de avertizare, astfel încât, chiar dacă estrogenul administrat pe cale transdermică în THM nu este asociat unui risc crescut de formare a cheagurilor de sânge, eticheta menţionează acest risc din cauza problemelor observate în cazul estrogenilor administraţi pe cale orală.

Toate tratamentele cu administrare pe cale transdermică sunt pe bază de estradiol. Opţiunile sunt următoarele:

* PLASTURI. Se aplică de obicei pe partea inferioară a abdomenului
sau pe spate şi se schimbă o dată sau de două ori pe săptămână, în funcţie de produs. Ei produc cele mai stabile niveluri de estradiol, deci pot fi o opţiune mai bună pentru femeile a căror dispoziţie este mai sensibilă la fluctuaţiile r hormonale. Dozele variază de la 0,014 la 0,1 miligrame pe zi, astfel încât există o gamă largă de opţiuni. Efectele secundare sunt reacţiile la adeziv şi neplăcerea de a îndepărta resturile de adeziv de pe piele. Este posibil ca plasturii să nu se lipească la fel de bine pe pielea persoanelor care petrec mult timp înotând sau care fac des băi fierbinţi în cadă. Dacă ***r***
există o problemă cu adezivul, o altă marcă poate fi mai puţin iritantă.

*** GELURI, SPRAYURI ŞI EMULSII.** Se aplică zilnic pe braţe. La fel ca în cazul plasturilor, există o gamă foarte largă de doze, deşi, în cazul unor produse cu doze medii şi mari, este necesară o suprafaţă destul de mare pentru aplicare. Aceste produse tind să irite pielea mai puţin decât plasturele şi nu lasă urme de adeziv atât de asemănătoare cu smoala încât ar putea fi folosite pentru reparaţii rutiere. Dezavantajul este că locul de aplicare nu trebuie spălat (scade nivelul de estrogen absorbit) şi nu trebuie aplicată cremă hidratantă (creşte nivelul de estrogen) timp de cel puţin o oră după aplicare.

* INEL VAGINAL. Se înlocuieşte la fiecare 90 de zile, deci este foarte uşor de utilizat. Există două opţiuni de dozare, de 0,05 şi 0,1 miligrame pe zi, ceea ce reprezintă un dezavantaj, deoarece unele femei îşi pot controla simptomele şi îşi pot proteja oasele cu doze mai mici de estradiol.

Dacă o opţiune transdermică nu este posibilă din cauza costului sau a fost încercată, dar pielea este iritată în permanenţă, iar inelul nu este acceptabil, atunci tratamentul cu administrare de estrogen pe cale orală este o opţiune. Estrogenii administraţi pe cale orală au un risc de formare a cheagurilor de sânge la 8- 9 din 10 000 de femei în fiecare an, deci sunt încă foarte siguri, dar riscul este mai mare decât cel al plasturelui. Opţiunile de estrogeni administraţi pe cale orală includ următoarele:

* ESTRADIOLUL este principalul estrogen produs de foliculi, realizat prin semisinteză.
    - **ESTROGENII ECVINI CONJUGAŢI SAU EEC**

f

conţin mai mult de zece estrogeni diferiţi, cei mai numeroşi fiind sulfatul de sodiu de estronă şi *9* sulfatul de sodiu ecvin. Sunt disponibili doar sub formă de tratament administrat oral. Este singurul tratament natural şi este extras din urina iepelor.

    * **ESTROGENII CONJUGAŢI SAU EC SUnt O**

f

versiune sintetică (creată în laborator) a EEC. Unii dintre numeroşii estrogeni EEC sunt reproduşi, dar nu toţi. în Statele Unite, estrogenii conjugaţi nu sunt consideraţi un echivalent al EEC, dar în Canada sunt. Sunt disponibili doar ca tratament administrat oral şi reprezintă

o opţiune pentru femeile care preferă EEC, dar nu doresc un produs obţinut din urină de iapă, în Statele Unite, EC nu sunt aprobaţi pentru prevenirea osteoporozei.

* ETINILESTRADIOLUL este mai puternic decât alţi estrogeni, deci dozele sunt de obicei mai mici. Este metabolizat mai lent, producând o fluctuaţie mai mică a nivelurilor J hormonale.

• ESTROPIPATUL este estronă care a fost modificată prin combinarea cu piperazină. Este aprobat pentru osteoporoză.

*** ESTROGENII ESTERIFICATI SUFIt UFI f**

amestec de sulfat de estronă şi *9* sulfat de ecvilină, dar cu niveluri mai mari de estronă şi mai mici de *9* ecvilină decât EEC sau EC. Este disponibil doar ca tratament administrat oral şi nu este aprobat pentru osteoporoză.

Estetrolul este un estrogen aflat în prezent în curs de cercetare, dar care nu se află pe piaţă. Acesta este produs doar de ficatul fătului în timpul sarcinii. Unele cercetări preliminare interesante sugerează că estetrolul ar putea avea unele proprietăţi unice, inclusiv un efect mai puţin nociv asupra ţesutului mamar. Până în septembrie 2020, nu existau suficiente date culese din studii efectuate pe oameni pentru a susţine sau respinge această ipoteză, dar este o direcţie de cercetare. Estriolul, estrogenul produs în principal de placentă, este utilizat în THM în Europa, dar în Statele Unite nu au fost prezentate agenţiei FDA date care să-i susţină utilizarea. Este un estrogen mult mai slab decât estradiolul şi EEC.

9

Scopul în cazul estrogenilor este de a administra cea mai mică doză care să gestioneze simptomele şi/sau să prevină osteoporoza. Când simptomele sunt grave, unii medici pot prescrie iniţial o doză moderată pentru a urmări cea mai rapidă ameliorare, în timp ce alţii pot recomanda să se înceapă cu o doză mai mică şi să fie crescută dacă este ineficientă. Merită menţionat faptul că dozele mai mici pot fi adesea eficiente. Scopul nu este de a imita nivelurile hormonale dinaintea ultimei menstruaţii – aminteste-ti că nu este vorba f J J de un tratament de substituţie ci de a oferi ceea ce este necesar. Pentru a avea o perspectivă, în timpul ovulaţiei, cantitatea de estradiol din sânge variază de obicei între 70 şi 300 mcg (uneori chiar mai mult), iar după menopauză nivelurile sunt <25 mcg/l. Un plasture cu 0,05 mg de estradiol are ca rezultat un nivel de aproximativ 50 mcg/l în sânge, iar un plasture cu 0,0375 mcg are 37,5 mcg/l, şi aşa mai departe.

Estrogenii nu au fost studiaţi astfel încât să fie posibile comparaţii directe, dar tabelele 4 şi 5, de la paginile 451 şi 452, oferă o aproximare privind compararea estrogenilor pe baza hormonului, a căii de administrare şi a sursei.

9

Progestogenii

Progestogenii includ progesteronul şi progestinele (îţi aminteşti trupa noastră de fete?). Progestogenii protejează mucoasa uterină de efectele estrogenului prin reducerea numărului de receptori de estrogen din mucoasa uterină şi prin creşterea activităţii enzimei care transformă *9* *9* estradiolul în estrona mult mai slabă. Riscul producerii unor modificări precanceroase şi al apariţiei cancerului în cazul estrogenilor este foarte real, iar cu cât o femeie ia estrogeni mai mult timp fără a-şi proteja uterul, cu atât riscul este mai mare, aşa că doza corectă de progestogen este importantă. Există afirmaţii pe internet conform cărora „estrogenul stimulează şi progesteronul calmează", ceea ce înseamnă că toate femeile au nevoie de ambii hormoni, dar acest lucru nu este adevărat. Motivul existenţei progestogenului este uterul, deşi există unele excepţii (întotdeauna există excepţii în ceea ce priveşte menopauza).

O parte din riscul apariţiei cancerului de sân asociat tratamentului hormonal al menopauzei este din cauza progestogenului, deşi cantitatea de progestogen este încă o sursă de controverse. în cazul EEC şi al *9* acetatului de medroxiprogesteron (MPA, progestinul utilizat în studiul WHI), riscul de a face cancer de sân a crescut după trei sau patru ani de administrare a unui estrogen-progestin în comparaţie cu estrogenul administrat singur. Alte studii au arătat că progesteronul şi didrogesteronul (un progestin cu o structură chimică foarte asemănătoare cu cea a progesteronului) nu cresc riscul de a face cancer de sân în primii cinci ani de utilizare, dar după această perioadă riscul începe să crească, ajungând chiar să fie similar cu cel al altor progestine – cam 1 caz la 1 000 de femei pe an. Atunci când estrogenul este utilizat singur, riscul apariţiei cancerului de sân poate să nu crească în şapte ani de tratament.

Există unele studii de mică amploare, care analizează direct ţesutul mamar, sugerând că progesteronul ar putea avea un efect negativ mai mic decât progestinele. Pe baza acestor date, North American Menopause Society (NAMS) favorizează progesteronul (didrogesteronul nu este disponibil în Statele Unite) pentru început, dar subliniază că pot exista motive pentru care progestinele sunt de preferat pentru anumite femei. Nu se cunoaşte riscul

9

apariţiei cancerului de sân asociat dispozitivelor intrauterine cu levonorgestrel în tratamentul hormonal al menopauzei. Ceea ce este absolut nesigur este progesteronul administrat pe cale transdermică, deoarece nu este absorbit bine şi, astfel, nu poate proteja uterul.

în Statele Unite şi Canada există sase *9* *9* progestogeni diferiţi şi patru căi de administrare diferite – transdermică, orală, vaginală şi intrauterină. Aşadar, o mulţime de opţiuni. Progesteronul eliberat pe bază de retetă este cunoscut sub denumirea **J** medicală de progesteron micronizat administrat oral, dar, de dragul simplităţii, ne vom referi la el ca progesteron.

Majoritatea progestogenilor sunt obţinuţi prin semisinteză (vezi capitolul 17, pentru o recapitulare). Unii sunt derivaţi din progesteron, iar alţii din testosteron sau dintr-un alt hormon steroidian, numit
spironolactonă, dar în cele din urmă provin din diosgenină sau dintr-un compus vegetal similar care a fost modificat în laborator. Progestinele au fost iniţial singura opţiune pentru tratamentul oral, deoarece nu fuseseră descoperite modificările chimice necesare pentru a modifica progesteronul astfel încât acesta să poată fi absorbit atunci când este administrat pe cale orală. Alte modificări au făcut ca unele dintre progestine să fie mai eficiente în suprimarea efectului estrogenului asupra mucoasei uterine pentru a reduce tiparele de sângerare neregulată observate la administrarea anticoncepţio-nalelor orale.

Progestinele derivate din testosteron îşi pot menţine unele proprietăţi ce ţin de testosteron, dar nu se ştie dacă acestea sunt semnificative din punct de vedere clinic pentru majoritatea femeilor. Este întotdeauna posibil ca un tip de progestină să provoace în cazul unor femei mai multe stări de balonare sau acnee decât altul. Drospirenona, derivată din spironolactonă, are proprietăţi care reduc efectul testosteronului, iar acest hormon poate fi deosebit de util pentru femeile care au probleme cu balonarea în timpul tratamentului hormonal al menopauzei.

Pentru a proteja uterul, trebuie administrat un progestogen cel puţin 12 zile per „ciclu", unde un ciclu reprezintă 28 de zile de tratament. Acest lucru imită expunerea din timpul unui ciclu ovulator,
deoarece progesteronul este secretat doar odată cu ovulatia.

f
Acetat de noretindronâ
Testosteron
N orges ti mat

Levonorgestrel
Diosgeninâ —* Progesteron —* Acetat de medroxiprogesteron
Spironolactonâ
Drosoirenond

Figura 17. Originea progestogenilor

Progestogenii sunt disponibili în produse combinate, iar progestogenii individuali pot fi amestecaţi şi combinaţi cu estrogenul ales. Există prea multe produse individuale pentru a le enumera, dar iată câteva considerente generale şi nuanţe de luat în considerare:

* PROGESTERONUL: hormonul preferat
pentru început, dar al cărui avantaj faţă de alte opţiuni este mic.
* **ÎN TRANZIŢIA SPRE MENOPAUZĂ, Un**
dispozitiv intrauterin cu levonorgestrel sau
anticoncepţionalele cu doză mică (amestec de estrogen şi progestogen) poate controla ciclurile neregulate şi poate asigura contracepţia dacă este necesar.
* **ANTECEDENTE SAU EPISOADE ACTUALE**
DE DEPRESIE. Progesteronul este probabil cea mai bună opţiune
pentru a începe tratamentul hormonal al menopauzei.
* **UTILIZARE UŞOARĂ.** DIU CU
f
levonorgestrel este cea mai independentă opţiune pentru utilizatoare; un plasture combinat este şi el convenabil (se schimbă I X
săptămânal).
* CALEA DE ADMINISTRARE. Unele femei
preferă ideea unui produs combinat, altele adoră ideea unui plasture care include ambii hormoni, altele aleg un DIU, dar pentru nevoile altora, un produs vaginal este mai bun.
* SOMNUL. Progesteronul poate face
ca unele femei să fie somnoroase, ceea ce poate fi sau nu de ajutor, în funcţie de circumstanţele f J
individuale. Vezi capitolul 16 pentru informaţii suplimentare.
* ALERGIA LA ARAHIDE. Formula orală a
progesteronului în Statele Unite are încă ulei de arahide listat în descrierea produsului; cu toate acestea, în Canada, acum este disponibil cu ulei de floarea- soarelui.
* **SÂNGERĂRILE NEREGULATE.** Progestinele asigură de obicei un control mai bun al acestora.
• BUFEURILE. Progestinele pot fi de
ajutor, un lucru util pentru femeile care doresc să continue cu o doză foarte mică de estrogen sau pentru care estrogenul nu funcţionează suficient.
Progestinele ar putea reprezenta o opţiune pentru unele femei care nu pot lua estrogeni din cauza riscului producerii unui accident vascular cerebral sau atacului de cord, deoarece nu afectează coagularea sângelui.
• OSTEOPOROZA. Progestinele ajută la
menţinerea sănătăţii oaselor; progesteronul nu are niciun impact. Acest lucru poate fi important pentru femeile care utilizează o doză foarte mică de estrogen.

O opţiune fără progestogeni

Mucoasa uterină poate fi protejată împotriva efectelor negative ale estrogenului şi cu ajutorul unui medicament numit bazedoxifen, care este un modulator selectiv al receptorilor de estrogen sau MSRE. Acest lucru înseamnă că acţionează ca un f
estrogen asupra unor ţesuturi, dar contracarează efectul estrogenului asupra altora. Am mai discutat despre MSRE – Tamoxifen, pentru cancerul de sân, în capitolul 5. Bazedoxifenul este util pentru că
acţionează ca un estrogen asupra oaselor şi contracarează efectele estrogenului asupra mucoasei uterine şi în privinţa sânilor. Nu prezintă niciun risc de apariţie a cancerului mamar şi nu creşte densitatea sânului, ceea ce reprezintă o problemă pentru unele femei care urmează tratamentul hormonal al menopauzei. Dezavantajul este că bazedoxifenul creste uşor riscul formării cheagurilor de sânge şi al intensifi-cării bufeurilor.

Combinarea unui MSRE cu un estrogen creează o nouă clasă de medicamente numită „complex estrogenic cu selectivitate tisulară" sau CEST. Ideea este de a obţine f beneficii din partea ambelor medicamente şi de a face ca acestea să-şi anuleze reciproc orice efecte secundare negative. Singurul CEST disponibil în prezent, începând din septembrie 2020, este de 0,45 miligrame de EEC (combinaţia de estrogeni ecvini) cu 20 miligrame de

bazedoxifen, cunoscut sub numele de CEE/BZA (Duavee în Statele Unite şi Duavive în Canada). Este aprobat pentru tratamentul bufeurilor şi pentru prevenirea osteoporozei – EEC anulează efectul bazedoxifenului asupra bufeurilor, iar bazedoxifenul anulează efectul EEC asupra mucoasei uterine şi a sânilor, astfel încât nu există riscul de a face cancer endometrial şi nu există o creştere a densităţii sânilor (care afectează calitatea unei mamografii). Deşi nu este aprobat de FDA pentru sindromul genito-urinar de menopauză, poate ameliora uscăciunea vaginală, deşi este mai puţin clar
dacă ameliorează şi durerea din timpul actului sexual, deoarece doza de estrogen poate fi prea mică. Datele privind CEE/BZA nu indică un risc crescut de formare a cheagurilor de sânge comparativ cu estrogenul administrat singur, dar nu există suficiente date pe termen lung pentru a putea fi 100% siguri.

CEE/BZA este o opţiune bună pentru femeile care doresc să urmeze THM împotriva bufeurilor sau pentru prevenirea osteoporozei şi care nu tolerează un progestogen, fie din cauza efectelor asupra dispoziţiei, fie din cauza sângerărilor. Nu ar trebui considerată o formă mai sigură de THM, ceea ce înseamnă că riscurile apariţiei cancerului mamar, a cheagurilor de sânge şi a dementei sunt aceleaşi ca în cazul altor J I
tipuri de THM. O femeie cu sânii foarte denşi, care a făcut deja una sau două biopsii, dar care nu are cancer de sân, ar putea lua în considerare acest produs pentru a nu face screeningul mamar şi mai dificil. Dacă obiectivul principal este diminuarea durerii din timpul actului sexual, atunci probabil că CEE/BZA nu este cea mai bună opţiune.

Există cercetări în curs de desfăşurare

I care analizează CEE/BZA pentru femeile cu carcinom ductal în situ sau CDIS, o formă neinvazivă de cancer de sân. Teoretic, este posibil ca bazedoxifenul să anuleze efectul negativ al EEC asupra ţesutului mamar, astfel încât se poate ca un CEST să devină o opţiune pentru aceste femei într-o bună zi.

Remedierea problemelor asociate tratamentului hormonal al menopauzei

Printre efectele secundare mai frecvente se numără balonarea, sângerările neregulate, sensibilitatea sânilor, schimbările de dispoziţie, greaţa şi migrenele. Ultimele două sunt cauzate de obicei de estrogen, iar schimbările de dispoziţie şi balonarea mai degrabă de progestogeni. Sângerările şi sensibilitatea sânilor pot fi cauzate de oricare dintre acestea. Opţiunile pentru diminuarea acestei probleme sunt schimbarea fie a medicamentelor, fie a dozei. Schimbarea medicaţiei ar putea consta în trecerea la o altă clasă de hormoni, de exemplu, de la un progestin la un progesteron sau de la estradiol la EEC. O altă opţiune este schimbarea căii sau a modului de administrare – de exemplu, de la un plasture la administrarea vaginală, sau creşterea ori scăderea dozei. Acesta este un

I
proces care implică mai multe încercări şi nereuşite şi necesită părerea unui medic specialist bine informat. Poate dura trei luni pentru a vedea schimbarea dorită, în funcţie de efectul secundar. Mai multe informaţii

J despre complicaţiile legate de starea de spirit în capitolul 12.

Când trebuie să mă opresc?

Recomandările anterioare sugerau ca femeile să oprească THM la vârsta de 65 de ani, dar atâta timp cât tensiunea arterială, colesterolul şi trigliceridele sunt stabile, nu există o necesitate medicală de a te opri, iar continuarea poate fi o opţiune bună. Există cercetări în curs de desfăşurare cu privire la legătura dintre estrogenul administrat pe termen lung şi demenţă şi, prin urmare, este posibil ca, în timp, să aflăm mai multe despre eventualele probleme de siguranţă.

Dacă o femeie ar trebui să ia în considerare oprirea tratamentului hormonal al menopauzei depinde şi de motivul pentru care l-a început. Dacă a făcut-o împotriva bufeurilor, a tulburărilor de somn sau a schimbărilor de dispoziţie, aceste simptome ar putea să nu mai fie la fel de puternice odată ce haosul hormonal al anilor de tranziţie spre menopauză a trecut. Oprirea estrogenului la vârsta de 55 de ani (sau în orice moment după ultima menstruaţie) nu resetează tranziţia spre menopauză; THM le permite femeilor să evite acele fluctuaţii hormonale extreme şi să revină la normal, ca să spunem aşa, după ce acestea au trecut. Bufeurile pot persista uneori mai mulţi ani după ultima menstruaţie, iar riscul de a face osteoporoză nu dispare, aşa că fiecare femeie va trebui să decidă împreună cu medicul ei când şi dacă trebuie să întrerupă THM.

DE RETINUT

*

• în timp ce estrogenii administraţi pe cale orală prezintă un risc scăzut, estradiolul administrat
pe cale transdermică reprezintă cel mai mic risc şi este metoda preferată pentru început.

- Estradiolul administrat transdermic este disponibil sub formă de plasturi farmaceutici, creme, loţiuni, spray-uri şi inel vaginal – toate au avantaje şi inconveniente minore asociate utilizării, dar există o mare varietate de doze şi astfel tratamentul poate fi personalizat pentru a se adapta nevoilor fiecărei femei.
- Progesteronul sau progesteronul micronizat administrat oral are probabil cel mai mic risc de apariţie a cancerului de sân şi cel mai mic risc de schimbare în rău a dispoziţiei. în consecinţă, reprezintă progestogenul preferat pentru tratamentul administrat oral.
- DIU Mirena este o alegere excelentă de tratament

cu progestogen pentru femeile care nu doresc să ia progesteron pe cale orală, dar există şi alte opţiuni, cum ar fi progesteronul administrat pe cale vaginală şi plasturele cu progestine.

- Un complex estrogenic cu selectivitate tisulară

sau CEST este o opţiune bună pentru femeile care doresc să evite un progestogen.

CAPITOLUL 19

Fitoestrogenii, alimentele şi hormonii

Adevăruri şi tendinţe

f I

Interacţiunea dintre hormoni şi alimente este J I
complexă şi, uneori, limbajul şi medicina pot fi foarte confuze, aşa că nu este de mirare că există multă dezinformare pe această temă.

Există multe persoane care pretind că diverse alimente sau diete pot oferi soluţii, leacuri şi resetări hormonale pentru femeile aflate la menopauză. Dar alimentele nu schimbă nivelurile hormonale în sensul de „mănâncă asta pentru a schimba acel hormon". Dacă plantele ar conţine hormoni care ar putea fi digeraţi şi folosiţi de organismul uman, atunci am fi ştiut până acum, deoarece aceste alimente nu doar că ar fi ameliorat simptomele menopauzei, ci ar fi cauzat şi pubertate prematură, cicluri menstruale neregulate,

infertilitate, precum şi dezvoltarea sânilor la bărbaţi. Iar cei care mănâncă cele mai multe plante – vegetarienii şi veganii – ar prezenta mai multe asemenea probleme de sănătate. Dar nu este cazul.

Nu ne luăm hormonii din plante şi nu suntem capabili să transformăm substanţele din plante în hormoni. Ne producem toţi estrogenii, testosteronul şi progesteronul din colesterol. Acesta este un proces complex, în mai multe etape (vezi capitolul 3), şi nu vreun soi de sistem automatizat în care, dacă adaugi mai multe ingrediente brute, obţii mai mult produs final, în plus, intestinul nu poate identifica o moleculă specifică dintr-o masă imediat ce ajunge în stomac, emiţând un avertisment de tipul: „Nu atinge, este strict pentru uz ovarian!"

Percepţiile eronate despre plante şi hormoni sunt probabil din cauza faptului că mulţi nu înţeleg cum sunt produşi hormonii,
însă ştiu că plantele conţin substanţe cunoscute sub numele de fitoestrogeni. Cuvântul „fitoestrogen" este foarte asemănător cu „estrogen", aşa că orice confuzie între cele două este uşor de înţeles, dar fitoestrogenii nu sunt estrogeni şi nu sunt transformaţi în estrogeni. Un alt motiv pentru care se face această confuzie este faptul că majoritatea hormonilor din tratamentul hormonal al menopauzei (THM) sunt sintetizat! în laborator dintr-o substanţă
I **J**
care se găseşte într-un anumit tip de igname sau de soia. Această transformare implică un proces în mai multe etape şi nu este deloc naturală, iar organismul nostru nu este capabil să transforme aceste substanţe din igname sau soia în hormoni. Vezi capitolele 17 şi 18 pentru informaţii suplimentare.

Nivelurile hormonale pot fi afectate de malnutriţie şi/sau de schimbarea tiparului de alimentaţie, care conduce la o pierdere rapidă sau extremă în greutate, din cauza impactului asupra semnalizării hormonale complexe şi coordonate necesare pentru o ovulaţie regulată. Unele femei sunt mai sensibile decât altele la schimbările din alimentaţie. Tiparele alimentare care cresc grăsimea viscerală pot afecta globulina de legare a hormonilor sexuali (SHBG, proteina care transportă hormonii despre care am discutat pe parcursul cărţii, folosind mnemonica „Sunt Hoţi pe Bulevarde şi prin Ganguri?). Fibrele pot afecta şi modul în care estrogenul este reabsorbit (vezi
capitolul 6), dar dacă astfel se produce un efect, el este unul pe termen lung.
Fitoestrogenii
Fitoestrogenii sunt compuşi care se găsesc în plante şi care pot imita estrogenul sau pot interfera cu el. Hormonii interactionează cu J receptorii celulelor – aminteşte-ţi modelul încuietoare (receptor) şi cheie (hormon) pe care l-am discutat anterior (capitolul 3). 0 moleculă de estrogen se potriveşte perfect cu receptorii de estrogen. în cazul fitoestrogenilor, o parte a cheii este similară. Deoarece nu sunt identici, fitoestrogenii nu sunt la fel de puternici sau la fel de *estrogenici* ca estrogenii. Gândeşte-te la estrogeni şi fitoestrogeni ca la laptele de vacă şi, respectiv, cel de soia. Există asemănări – laptele de soia poate înlocui uneori laptele de vacă în reţetele culinare –, dar sunt produse cu totul diferite, iar laptele de vacă nu poate fi obţinut din lapte de soia.

Fitoestrogenii pot fi şi antiestrogeni prin ocuparea unui receptor, aşa cum o cheie greşită blocată într-o încuietoare împiedică accesul altor chei. Acest lucru poate explica de ce unele studii au sugerat că fitoestrogenii pot proteja împotriva unor cancere sensibile la hormoni, cum ar fi cel mamar şi endometrial (cancerul mucoasei uterine), deoarece pot reduce efectul estrogenilor circulanţi asupra ţesuturilor.

Fitoestrogenii sunt adesea numiţi „hormoni derivaţi din plante", dar aceasta este o terminologie inexactă şi derutantă. Nu numai că fitoestrogenii nu sunt hormoni pentru oameni, ci ei nu sunt nici măcar pentru plante. Unele plante conţin cantităţi infime de progesteron, dar nivelurile sunt prea mici pentru a avea un efect asupra oamenilor – motivul pentru care plantele au cantităti infime din aceşti hormoni nu este
J **I**
pe deplin înţeles.

Deci, de ce conţin plantele substanţe care pot acţiona uneori ca un estrogen şi care alteori blochează estrogenii? Principala teorie este că fitoestrogenii au evoluat ca mecanisme de apărare pentru plante – practic, ca metodă contraceptivă pentru erbivore. Turmele de animale care pasc pot distruge vegetaţia, astfel încât contracepţia care reduce numărul de erbivore este o adaptare evolutivă ingenioasă. S-a documentat faptul că oile care pasc pe câmpuri bogate în trifoi prezintă rate mai mari de infertilitate, avorturi spontane şi miei cu malformaţii congenitale din cauza nivelului ridicat de fitoestrogeni din trifoi. Această teorie ar explica şi de ce fitoestrogenii pot fi absorbiţi din tractul gastrointestinal.

Ce interesantă este evoluţia, nu-i aşa?

Fitoestrogenii ar putea, de asemenea, să asigure apărarea plantelor împotriva anumitor micotoxine, care sunt toxine dăunătoare produse de ciuperci. Una dintre ele, zearalenona, este un perturbator
endocrin atât de puternic, încât este chiar mai puternic decât cele produse de om, cum ar fi substanţele perfluoroalchilate şi polifluoroalchilate (PFAS, vezi capitolul 5). Există multe micotoxine dăunătoare. Cornul- secarei este poate cel mai faimos exemplu, produs de o ciupercă ce creşte pe cereale. Acesta poate provoca halucinaţii, arsuri ale pielii, cangrene, avorturi spontane şi chiar moartea. în Evul Mediu, era numit focul Sfântului Anton. Interesant este că acest fitoparazit este folosit şi în medicină (vezi capitolul 22 pentru informaţii suplimentare). Având în vedere aceste preocupări legate de sănătate, există directive stricte pentru limitarea micotoxinelor din alimente.

Există cinci clase importante de fitoestrogeni: izoflavone (cele mai cunoscute sunt genisteina şi daidzeina), cumestani, prenilflavonoide, lignani şi stilbeni (vezi figura 18). înainte de a te lăsa dusă de val, consumul de vin roşu şi de bere nu este remediul pentru bufeuri!

Unii fitoestrogeni trebuie să interactioneze cu bacteriile din intestin
J
pentru a fi absorbiţi, iar la unele persoane acest proces poate fi mai eficient. De exemplu, doar 30-40% din populaţie are bacterii capabile să transforme daidzeina în equol, un fitoestrogen şi mai puternic. Persoanele de origine asiatică au mai multe şanse să posede această bacterie. Vârsta reduce capacitatea de transformare a fitoestrogenilor în forme active, la fel şi antibioticele, care pot afecta negativ
bacteriile intestinale şi pot împiedica transformarea fitoestrogenilor în forme bioactive în intestin.

CLASA DE FITOESTROGENI	FITOESTROGENII	SURSELE COMUNE
IZOFLAVONE	Genisteină Daidzeină Glicerină Formononetină Biocanina A	Soia Alimente pe bază de soia Leguminoase
CUMESTANI	Cumestrol 4-metoxicumestrol Repensol Trifoliol	Mazăre galbenă Fasole Pinto Fasole Lima Germeni de lucernă Germeni de trifoi
PRENILFLAVONOIDE	8-prenilnaringenină	Bere, hamei
LIGNANI	Enterodiol Enterolactonă	Seminţe de în ’ Cereale integrale Fructe Legume Seminţe de » susan Leguminoase
STILBENI	Resveratrol	Struguri roşii Vin roşu *t*

Figura 18: Fitoestrogenii

Sunt fitoestrogenii din alimentaţie benefici pentru oameni?

Din punct de vedere tehnic, fitoestrogenii sunt perturbatori endocrini (PE), deşi acest termen este de obicei rezervat substanţelor

J

chimice sintetice perturbatoare ale sistemului endocrin, cum ar fi PFAS, care au efecte negative (de exemplu, creşterea riscului apariţiei timpurii a menopauzei). Cu toate acestea, deoarece perturbatorii endocrini naturali din plante pot avea efecte negative asupra animalelor care le consumă, iar micotoxinele care sunt fitoestrogeni pot avea consecinţe grave asupra sănătăţii, este important să nu considerăm din start fitoestrogenii ca fiind siguri. Activarea sau dezactivarea receptorilor de estrogen, în special în mod cronic pentru alimente care pot fi de bază în alimentaţie, ar putea teoretic să aibă unele consecinţe.

J

Vestea bună este că studiile ample nu au făcut o legătură între dietele bogate în fitoestrogeni şi cancérele cu răspuns hormonal sau cu alte rezultate grave pentru sănătate. De fapt, multe studii arată că dietele tradiţionale cu un aport ridicat de fitoestrogeni pot avea un efect protector. Totuşi, este important să ne amintim că aceste studii au analizat dieta per ansamblu, astfel încât fitoestrogenii au fost însoţiţi de cantităţi însemnate de legume şi peşte – adică alimente benefice pentru sănătate.

Studiul „Osteoporosis Prevention Using Soy" sau OPUS a distribuit aleatoriu femeilor aflate la postmenopauză incluse în studiu o doză mare de fitoestrogeni din soia, de până la patru ori mai mare decât cea care se găseşte de obicei într-o dietă asiatică tradiţională, şi a urmărit aceste femei pe

parcursul a doi ani. Nu a existat un risc crescut de apariţie a vreunei consecinţe grave asupra sănătăţii asociat cu estrogenul, cum ar fi îngroşarea mucoasei uterine (un potenţial indicator al leziunilor precanceroase), cancerul de sân sau fibroamele uterine (tumori benigne ale uterului). Nu se ştie dacă această cantitate de fitoestrogeni ar putea cauza o problemă în cazul consumului pe termen mai lung.

Unele studii sugerează că o dietă bogată în izoflavone încă din copilărie poate proteja împotriva cancerului de sân, dar creşterea aportului de izoflavone nu pare să confere aceeaşi protecţie pe parcursul vieţii. Studiul EPIC („European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition") a urmărit femei care primeau un aport moderat şi scăzut de izoflavone (10,8 mg/zi vs. 0,23 mg/zi) şapte ani în medie şi nu a constatat nicio diferenţă în ceea ce priveşte numărul de cazuri de cancer de sân apărute la femeile care consumau mai mulţi fitoestrogeni.

Primele date sugerează că nu există nicio interacţiune negativă cu inhibitorii de aromatază (medicamente utilizate pentru cancerul mamar cu răspuns hormonal, vezi capitolul 5) şi că fitoestrogenii ar putea chiar să reducă riscul de recidivă a cancerului de sân

în rândul supravieţuitoarelor acestei boli. Dar, înainte de a adăuga cantităţi mari de fitoestrogeni în alimentaţie, femeile cu cancer de sân, în special cele care iau inhibitori de aromatază, ar trebui să discute mai întâi cu oncologul lor.

Consumul de alimente bogate în fitoestrogeni variază drastic în întreaga lume, cu cele mai ridicate niveluri în Japonia şi China (variază semnificativ în funcţie de provincie, dar, în general, este mai mare decât în Occident) şi cele mai scăzute în ţările mediteraneene (vezi figura 19). Acest lucru se înregistrează de obicei prin consumul de izoflavone, cel mai frecvent fitoestrogen alimentar.

ŢARA/REGIUNEA	**CONSUM MEDIU DE IZOFLAVONE/ZI**
Japonia	26-64 mg
China	18-41 mg
Coreea de Sud	24 mg
Marea Britanie – Dietă sănătoasă	22,4 mg
Marea Britanie – Dietă obişnuită* *1*	4 mg
Europa – Mediteraneeană	1,5 mg
Europa – Non- mediteraneeană	2,1 mg
Canada	1,2 mg
Statele Unite ale Americii	1,1-2mg

*Dieta obişnuită din Marea Britanie are probabil mai multe izoflavone decât în Europa, Statele Unite ale Americii şi Canada, deoarece făina conţine des adaos de făină de soia.

Figura 19: Consumul de fitoestrogeni

Aici avem două diete tradiţionale, ambele asociate cu sănătatea şi longevitatea – una din Japonia, care este foarte bogată în ¡zoflavone, şi o alta din zona mediteraneeană (vezi capitolul 21) care este foarte săracă în ¡zoflavone. Nu este o enigmă dietetică aşa cum pare a fi la prima vedere, deoarece există unele asemănări de bază între aceste diete tradiţionale – ele nu f conţin alimente procesate, au adaos scăzut de zahăr şi conţin multe legume şi peşte. Oamenii sunt niste omnivori destul de eficienţi şi poate că, atâta timp cât dieta este echilibrată şi conţine elementele de bază importante, ne putem adapta altfel la ceea ce se prepară la nivel local.

Acesta este un aspect foarte important, care se pierde adesea atunci când oamenii se concentrează asupra aşa-numitelor superalimente. Este clar că fitoestrogenii pot face parte dintr-o dietă sănătoasă, dar nu sunt substanţe nutritive esenţiale. Este logic, din punct de vedere evolutiv, că în diferite regiuni alimentele cel mai mult asociate cu sănătatea şi longevitatea au devenit de bază, având în vedere că oamenii care le-au consumat – sau care au fost cel mai în măsură să obţină beneficii din consumul lor **J** datorită diferenţelor genetice – au fost cei mai sănătoşi şi, prin urmare, au avut mai multe şanse să se reproducă şi să transmită aceste caracteristici genetice. Dietele care aveau cele mai mari sanse să favorizeze longevitatea le permiteau bunicilor să trăiască suficient de mult pentru a contribui la asigurarea succesului reproductiv al generaţiei următoare. Alimentele pot exercita o presiune evolutivă prin favorizarea persoanelor cu enzime mai eficiente sau cu bacterii intestinale diferite, iar acest lucru este adesea uitat când se analizează dietele tradiţionale. Femeile din Asia au evoluat J odată cu alimentele disponibile la nivel local, la fel şi femeile din zona Mediteranei, astfel încât este posibil ca beneficiile unei anumite diete să fie legate şi de caracteristicile genetice.

Multe persoane care fac schimbări în alimentaţie care le cresc aportul de fitoestrogeni consumă şi mai multe legume şi cereale integrale, astfel încât este dificil să se stabilească beneficiile fitoestrogenilor şi pe cele ale schimbării alimentaţiei sau ale pierderii în greutate care ar fi putut rezulta în urma transformării dietei.

în general, o dietă cu <100 mg de izoflavone pe zi (pentru a ajunge la acest nivel ar fi nevoie de un efort destul de mare) nu prezintă niciun risc pentru sănătate şi, pentru multe persoane, face parte dintr-o alimentaţie foarte sănătoasă şi echilibrată.

f **I**

Dietele cu niveluri de izoflavone >100 mg pe zi nu au fost bine studiate.

Pot fitoestrogenii din alimentaţie să amelioreze simptomele menopauzei?

Chiar dacă sunt semnalate mai puţine cazuri de bufeuri în rândul japonezelor care au o dietă asiatică tradiţională, este foarte greu de stabilit beneficiul fitoestrogenilor din alimente comparativ cu capacitatea genetică a acestor femei de a transforma fitoestrogenii într-o formă mai bioactivă, cu calitatea generală a dietei şi cu atitudinile culturale faţă de menopauză şi îmbătrânire sau

alti factori necunoscut!.
f **J**

Majoritatea studiilor privitoare la suplimentele cu fitoestrogeni, adică o cantitate mai mare decât cea care poate fi consumată în mod obişnuit într-o dietă, nu par să indice un impact semnificativ (sau vreunul de orice fel) asupra bufeurilor, a calităţii somnului sau a uscăciunii vaginale, astfel încât pare puţin probabil ca fitoestrogenii din dietă să aibă vreun impact. Un studiu a sugerat că suplimentarea cu făină de soia ar putea avea un efect benefic minor asupra celulelor vaginale analizate la microscop. Dar în cadrul acestui studiu, femeile nu au fost întrebate dacă uscăciunea vaginală sau durerea în timpul actului sexual li s-au mai ameliorat, astfel încât nu este posibil să se ştie dacă intervenţia a fost utilă sau nu. Un alt studiu
J
efectuat pe femei aflate la postmenopauză cărora li s-au administrat 100 de miligrame de izoflavone în dietă prin intermediul soiei nu a relevat niciun efect asupra hormonilor (aşa cum era de aşteptat) şi nicio ameliorare a simptomelor menopauzei.

Chiar dacă ştiu că datele nu susţin creşterea cantităţii de fitoestrogeni din alimentaţie ca tratament pentru simptomele menopauzei, unele femei doresc totuşi să facă o schimbare pentru a vedea singure dacă se produce o ameliorare a stării lor sau
o ameliorare a simptomelor supărătoare. Creşterea cantităţii de fitoestrogeni din alimentaţie nu pare să reprezinte vreun pericol. Dar este important de reţinut că trecerea la o dietă cu mai mulţi fitoestrogeni implică, de obicei, consumul unei varietăţi sau cantităţi mai mari de legume, de cereale integrale şi de peşte şi mai puţine alimente ultraprocesate – şi cum toate acestea sunt schimbări benefice, în general, nu este posibilă stabilirea vreunui efect produs de alimentele bogate în fitoestrogeni.

Hormonii din alimente: laptele

Estrogenii se găsesc în mod natural în lapte şi, prin urmare, în toate produsele lactate. Dar în ce cantitate? Contează? Şi cum
9
rămâne cu hormonii administraţi animalelor f pentru a îmbunătăţi producţia de lapte?

Acestea sunt întrebări importante, deoarece un studiu recent care a urmărit peste 52 000 de femei timp de opt ani a asociat consumul a trei pahare de lapte pe zi cu un risc crescut cu 80% de apariţie a cancerului de sân. Chiar şi un singur pahar pe zi a fost asociat cu un risc crescut cu 50%. Această statistică sună înspăimântător, dar nu înseamnă că 80% dintre femeile care beau trei pahare de lapte pe zi vor face cancer de sân. De exemplu, dacă o femeie la vârsta de 50 de ani prezintă un risc de aproximativ 1 din 42 sau 2,4% de a face cancer de sân în următorii zece ani, o
creştere cu 80% a riscului înseamnă că acesta ajunge să fie de 4,3%. Este totuşi un salt mare şi necesită o atenţie suplimentară, dar este esenţial să avem o perspectivă corectă. Această asociere cu cancerul de sân nu a fost observată în cazul consumului de brânzeturi sau de iaurt în acest studiu.

Este important să subliniem că asocierea dintre lapte şi cancerul de sân este controversată, unele date arătând că nu există niciun risc crescut. Acest nou studiu este observaţional, deci nu este definitiv, dar prezintă date foarte convingătoare, având în vedere numărul femeilor observate şi durata studiului.

Unii au postulat că estrogenul din laptele de vacă ar putea fi vinovatul pentru creşterea riscului de apariţie a cancerului mamar. Laptele de vacă are în mod natural o anumită cantitate de estrogen, iar cu metodele moderne de producţie a lui, majoritatea vacilor sunt gestante, dar laptele lor conţine foarte puţin estrogen – trei pahare de lapte integral pe zi conţin între 0,01 şi 0,1% din media de estrogen produsă în timpul ovulaţiei. Având în vedere că estrogenii sunt slab absorbiţi din tractul gastrointestinal, pare puţin probabil să ajungă în sânge pentru a avea efect.

Impactul potenţial al estrogenilor din laptele de vacă a fost studiat la şoarecii hrăniţi cu lapte suplimentat cu niveluri foarte ridicate de estrogeni. Nu a existat niciun efect negativ atunci când şoarecii au fost hrăniţi cu lapte cu o cantitate de 100 de ori
mai mare de estrogen decât cel disponibil în comerţ; doar laptele cu o cantitate de 1 000 de ori mai mare de estrogen a determinat schimbări, dar nu este posibilă o asemenea cantitate de estrogen în lapte. Cercetătorii au postulat că estradiolul şi estrona din laptele de vacă nu au avut efect decât în doze cu adevărat uriaşe, deoarece aceşti hormoni nu sunt bine absorbiţi, astfel că, dacă laptele are un efect nociv, este puţin probabil ca acesta să fie din vina estrogenului.

Cele mal multe vaci de lapte au fost selectate pentru a produce mai mult factor de creştere similar insulinei (IGF-1), care măreşte producţia de lapte şi despre care s- a emis ipoteza că ar favoriza dezvoltarea diferitelor tipuri de cancer. Deoarece laptele a fost asociat şi cu cancérele care nu sunt dependente de hormoni, IGF-l pare o cauză mai plauzibilă.

O altă posibilitate este lactoza, proteina din lapte. Aceasta este transformată prin digestie în D-glucoză şi D-galactoză – D- galactoza este inflamatoare şi poate favoriza stresul oxidativ şi îmbătrânirea ţesuturilor, crescând atât riscul apariţiei bolilor cardiovasculare, cât şi a cancerului. Ea poate chiar creşte, în mod paradoxal, pierderea de masă osoasă asociată îmbătrânirii. întrucât iaurtul ar trebui să conţină niveluri hormonale similare cu cele ***r***
ale laptelui, dar nu are aceleaşi niveluri de D- galactoză datorită fermentaţiei, acest lucru ar putea explica de ce laptele simplu poate
prezenta un risc, dar cel fermentat şi brânza, nu. Iaurtul are, de asemenea, avantajul de a fi benefic pentru bacteriile intestinale.

Laptele este un subiect foarte complex din punct de vedere nutriţional (vezi capitolul 11 pentru informaţii suplimentare despre efectul produselor lactate asupra oaselor). 0 mulţime de cercetări au fost finanţate, surpriză, de industria lactatelor, aşa că diferenţierea celor mai bune dovezi de cele ***r***
părtinitoare este destul de dificilă. Ca toate alimentele, laptele nu este consumat în vid. El constituie o sursă bună de proteine, calciu, fosfor şi vitamina D, aşa că, pentru o persoană care se luptă să obţină suficient din aceşti nutrienţi în dieta sa, laptele poate fi o opţiune ieftină, uşor de obţinut şi plăcută la gust. Laptele şi produsele lactate au fost un element de bază al alimentaţiei în multe ***r***
culturi înfloritoare de-a lungul a mii de ani şi, prin urmare, este important să nu extrapolăm.

Am fost mult timp o mare consumatoare de lapte. Cum la micul-dejun îmi plac la nebunie cerealele cu conţinut ridicat de fibre, am început să le mănânc cu iaurt în loc de lapte şi, în prezent, încerc să găsesc – oarecum fără succes – cele mai gustoase opţiuni fără lapte

pentru dependenţa mea de café latte. încerc să-mi menţin consumul de ***r***
lapte la o cană pe zi.

Hormonii din alimente: carnea

Deoarece vitele sunt adesea hrănite cu hormoni pentru creştere, apar întrebări legate de carnea de vită şi de hormonii de reproducere. Pentru a răspunde acestei preocupări, un grup de cercetători a analizat mai multe alimente cu ajutorul unui test conceput pentru a analiza activitatea estrogenică a unei substanţe asupra ţesuturilor, astfel încât să poată compara alimentele care conţin estrogeni cu cele care conţin fitoestrogeni. Alimentele evaluate au inclus carne de vită provenită de la bovine cu implanturi hormonale şi de la unele fără, ouă din comerţ, orez preambalat în pungă de fiert (orezul a fost testat după ce a fost preparat în pungă şi apoi s-au testat orezul şi punga separat) şi un hamburger din soia.

în mod deloc surprinzător, carnea de vită provenită de la bovine hrănite cu hormoni avea o activitate estrogenică de două ori mai mare decât cea a bovinelor care nu fuseseră hrănite cu hormoni, 5 ng per porţia de 250 de grame faţă de 2,5 ng per porţie de 250 de grame. Un ou mediu avea 6,5 ng. întrucât găinile produc estradiol în ovocite la fel ca oamenii, iar ovocitele sunt încorporate în ou, această concluzie nu este neaşteptată.

Interesant este că diferitele probe de orez au avut o amplitudine mare a activităţii estrogenice, de la 0 la 66 ng pentru o porţie de 250 de grame, deşi orezul nu conţine fitoestrogeni cunoscuţi. După o evaluare suplimentară, cercetătorii au descoperit că orezul cu activitate estrogenică era contaminat cu cantităti infime de micotoxină f estrogenică numită zearalenonă (discutată anterior). Hamburgerul de soia a prezentat cea mai amplă activitate estrogenică, 300 000 ng/g. Cercetătorii au creat apoi un model pentru a încerca să stabilească cât de mult din aceşti compuşi estrogenici ar fi absorbiţi şi ar avea impact asupra ţesuturilor. Cel mai estrogenic? Hamburgerul de soia.

Nimic din toate acestea nu înseamnă că hamburgerii de soia sau carnea provenită de la bovine hrănite cu hormoni sunt bune sau rele; mai degrabă, ideea că alimentele sunt estrogenice poate fi privită într-o varietate de moduri şi este important să se compare nu doar nivelurile, ci şi gradul de absorbţie şi impactul asupra ţesuturilor. De asemenea, este important de ştiut că unele alimente care nu conţin estrogeni naturali sau activitate estrogenică ar putea fi contaminate cu micotoxine estrogenice. Şi atunci când apar titluri înfricoşătoare despre alimente, este important să ne distanţăm, să nu ne panicăm şi să ne asigurăm că există o perspectivă de ansamblu.

DE RETINUT

*

- Cele mai bune alimente pentru sănătatea hormonală sunt pur şi simplu cele mai bune alimente pentru sănătate.
  - Fitoestrogenii sunt substanţe care se găsesc în plante şi care imită sau blochează activitatea estrogenilor.
  - Este posibil ca fitoestrogenii să fi evoluat ca mecanism de apărare împotriva erbivorelor, afectându-le fertilitatea.
  - Este puţin probabil ca creşterea cantităţii de fitoestrogeni din alimente să amelioreze simptomele menopauzei sau să reducă riscul apariţiei cancerului de sân; cu toate acestea, nu este asociată cu efecte nocive şi multe diete f bogate în fitoestrogeni au alte beneficii pentru sănătate.
  - Consumul de lapte este asociat unui risc crescut de apariţie a cancerului de sân, dar pare puţin probabil ca estrogenul să fie cauza, deoarece este greu absorbit în tractul gastrointestinal, iar iaurtul şi brânzeturile nu sunt asociate cu f cancerul de sân.

CAPITOLUL 20

Hormonii bioidentici naturali şi
f preparatele magistrale

Diferenţierea între medicină şi marketing

Modul în care asa-numitii hormoni bioidentici, derivaţi din plante şi preparaţi în mod personalizat, au prins rădăcini şi au devenit colosul financiar din prezent este o poveste şi mai încurcată decât cea din spatele tratamentului hormonal al menopauzei (THM). Ceea ce primesc de fapt femeile prin intermediul unui preparat magistral este acelaşi hormon care poate fi prescris într-un produs farmaceutic, dar fără
precizia sau monitorizarea siguranţei acestuia.

Termenul „bioidentic" este folosit de unii pentru a descrie hormonii care se presupune că sunt identici cu cei produşi de organism, de obicei estradiol, progesteron, estronă şi testosteron. Cuvântul este unul compus parţial din „biologic" sau „biologie" şi „identic". Nu este un termen medical, dar a fost folosit atât de des, încât a intrat cu forţa în vocabular.

Termenul „bioidentic" este problematic din mai multe puncte de vedere. în primul rând, este inutil din punct de vedere medical – estradiolul produs de ovare este acelaşi cu estradiolul produs în laborator. Termenul „terapeutic" sau „farmaceutic" poate fi folosit, dacă este necesar, pentru a sublinia faptul că estradiolul este fabricat într-un laborator. Am încredere că femeile pot sesiza această diferenţă atunci când este nevoie. Cei care folosesc termenul „bioidentic" fie nu au încredere în femei, fie nu vor ca ele să cunoască acest adevăr.

Termenul „bioidentic" evocă şi natura şi, prin urmare, avem tendinţa de a atribui un sens pozitiv cuvintelor şi expresiilor în care apare. Este important să ne amintim că natural nu înseamnă sigur. Leandrul, de exemplu, este extrem de toxic. Este atât de periculos, încât a fost raportat un caz de otrăvire la melcii care mâncaseră leandru. Estradiolul produs de corpul nostru este natural, dar este responsabil şi de formarea cheagurilor de sânge şi de apariţia
cancerului de sân – chiar şi în cantitatea produsă în mod natural de ovare. Acest lucru nu înseamnă că estradiolul nu este sigur în tratamentul hormonal al menopauzei, dar este un exemplu al modului în care „natural" nu înseamnă nimic din punct de vedere al siguranţei. Ceea ce contează este stiinta şi evaluarea riguroasă.

Şi apropo de ştiinţă: termenul „bioidentic" nici măcar nu este corect, deoarece hormonii produşi în laborator nu sunt identici la nivel biomolecular cu cei produşi de ovare. Acesta este, probabil, cel mai complicat concept medical din această carte, dar este important pentru că femeile au nevoie de medicină, nu de marketing. Toate elementele chimice conţin izotopi, care sunt variaţii cu un număr diferit de
J
neutroni (un neutron este una dintre particulele subatomice din nucleul unui atom). Carbonul, atomul care formează coloana vertebrală a hormonilor steroizi, are doi izotopi

naturali, 12C şi 13C. Hormonii steroizi obţinuţi prin semisinteză din steroizi din plante au un raport diferit al raportului 13C/12C în comparaţie cu hormonii steroizi produşi de organism, astfel încât nu sunt identici din punct de vedere biologic. Foarte apropiaţi poate, dar nu identici. Acest lucru este din cauza faptului că steroizii din plante, cum ar fi diosgenina, substanţa care va fi transformată chimic într-un hormon, au un raport 13C/12C fix. Colesterolul, produsul brut pe care corpul uman îl foloseşte pentru a produce hormoni, cum ar fi estradiolul şi
progesteronul, conţine o serie de izotopi 13C/12C diferiţi, deoarece nu obţinem colesterolul dintr-o singură sursă; acesta provine dintr-o varietate de surse animale şi vegetale diferite. Astfel, estradiolul obţinut dintr-o singură sursă, din igname sau soia, este ca o pungă de bomboane de Halloween de un singur tip, iar estradiolul produs de organism este punga cu toate tipurile de bomboane. în ceea ce priveşte organismul, nu contează, deoarece suprafaţa pungii este importantă. Aşadar, nu, hormonii produşi în laborator nu pot fi identici din punct de vedere biologic cu ceea ce este produs de organism; ei pot fi în esenţă identici în ceea ce priveşte corpul tău, dar asta nu constituie un instrument de marketing bun.

Estradiolul şi progesteronul obţinut din diosgenină sau alţi steroizi din plante sunt adesea promovaţi în mod incorect ca fiind derivaţi din plante. Acest termen sugerează uscarea şi măcinarea frunzelor sau a plantelor cu ajutorul unui mojar şi al unui pistil, în timp ce adevărul este că aceşti hormoni sunt produşi printr-un proces de laborator, în mai multe etape, din diosgenină sau din substanţe similare (vezi capitolul 17). La un moment dat, a fost implicată o parte a unei plante, dar, după aceeaşi logică, şi benzina este naturală. Cealaltă problemă legată de acest termen este că oamenii confundă estrogenii de origine vegetală cu fitoestrogenii, care sunt compuşi de origine vegetală care acţionează ca estrogenii (vezi capitolul 19). Am vorbit cu multe femei care
credeau că hormonii lor derivaţi din plante şi preparaţi farmaceutic erau un extract de rădăcină de ignamă sălbatică, nu un hormon, şi deci nu le preocupa siguranţa. Nu este neobişnuit ca femeile să audă că asa- numiţii hormoni derivaţi din plante sunt 100% siguri, lucru care nu diferă cu nimic de ceea ce susţinea dr. Wilson în anii 1960.
J

„Bioidentic" şi „derivat din plante" implică şi o legătură cu stilul de viaţă, care nu este diferită de marketingul Premarinului ca fiind „glamouros". Ambarcaţiunile de mare viteză şi petrecerile cu cocktailuri sunt pur şi simplu înlocuite cu o abundenţă de fructe şi legume şi o femeie superbă cu părul blond cenuşiu, care face yoga pe o plajă la apus sub hashtagul #viaţanaturală.

Răstălmăcirea cuvintelor şi prezentarea unor jumătăţi de adevăr pot modifica drastic informaţiile prezentate despre hormoni. Gândeşte-te la următoarea afirmaţie despre progesteron, care reprezintă primul rezultat într-o căutare pe Google pe acest subiect:

Progesteronul natural micronizat este o formă derivată din plante a hormonului progesteron, care corespunde progesteronului uman, spre deosebire de formele sintetice pe care le găsiţi în anticoncepţionale şi în multe forme de terapie de substituţie hormonală sintetică J
utilizate pentru menopauză [cum ar fi
Provera].

Acest lucru sugerează faptul că progesteronul este extras din plante şi este bun, în timp ce ceilalţi hormoni sunt produse sintetice fabricate în laborator şi sunt un bilet fără întoarcere către un pericol de nedescris. Iată paragraful rescris cu informaţiile şi terminologia corecte:

Progesteronul terapeutic este o formă semisintetică a hormonului progesteron, ceea ce înseamnă că este produs în laborator din diosgenină, un compus care se găseşte în unele plante. Progesteronul terapeutic are aceeaşi structură chimică precum cea a progesteronului uman. Alţi hormoni semisintetici cu structuri chimice diferite, dar înrudite cu progesteronul, pot fi găsiţi în anticoncepţionale şi în multe forme de tratament hormonal al menopauzei [unul dintre aceştia este Provera, care este acetat de medroxiprogesteron şi care, la fel ca progesteronul terapeutic, este produs în laborator din diosgenină].

Sună un pic diferit, nu-i aşa? Precizia contează, pentru că este vorba de medicină, nu de alchimie.

Preparatele magistrale

Hormonii preparaţi farmaceutic sunt produşi de o farmacie, şi nu de o companie farmaceutică. Produsul final poate fi sub forma unei pastile, a unei creme sau a unei pelete implantate. Farmaciile care produc preparate magistrale acoperă unele lacune importante; de exemplu, când un pacient suferă de o alergie la un ingredient al unui produs medicamentos, când nu există nicio opţiune medicamentoasă comercială sau când produsul comercial este exorbitant de scump.

Unele farmacii care fac preparate magistrale au devenit o adevărată industrie a hormonilor preparaţi farmaceutic în mod personalizat. între 1 şi 2,5 milioane de femei din Statele Unite folosesc aceste produse, folosind între 26 şi 32 de milioane de retete
I **f**
pe an, în comparaţie cu 36 de milioane de reţete pentru hormonii produşi de Big Pharma, marile companii farmaceutice. O estimare arată că 40% dintre hormonii prescrişi în Statele Unite pentru THM reprezintă preparate magistrale. Hormonii preparaţi farmaceutic reprezintă o industrie de 1 miliard de dolari pe an, scutită de problemele de reglementare sau de studiile costisitoare. Având în vedere aceste cifre, nu pare deloc corect să le denumim „Little Pharma", mici producători farmaceutici, când de fapt sunt „Big Natural", marile companii de produse „naturale".

în cazul unui hormon produs de o companie farmaceutică ştiu exact ce cantitate din el conţine fiecare doză, cât de mult din acea doză se absoarbe şi cât de repede, precum şi modul în care se comportă acel hormon în organism. Ştiu şi cum afectează hormonul mucoasa uterină. Nimic din toate acestea nu este posibil în cazul preparatelor magistrale. Această lipsă de informaţii este deosebit de îngrijorătoare, deoarece reţetele personalizate (de exemplu, utilizarea unei creme personalizate sau a unor substanţe inactive diferite într-o f
pastilă), prezentate ca un beneficiu al preparării produselor magistrale, pot avea ca rezultat doze inexacte (ceea ce înseamnă că produsul conţine mai mult sau mai puţin decât se afirmă) sau niveluri mai mari sau mai mici în sânge din cauza neconcordanţelor privind modul în care medicamentul este absorbit. Un studiu care a analizat nivelurile de estrogen din preparatele magistrale a arătat că 30% dintre acestea conţineau mai mult decât se specifica pe etichetă – uneori cu până la 200% mai mult estrogen –, ceea ce reprezintă un

motiv de îngrijorare.

Medicamentele eliberate pe bază de reţetă aprobate de FDA sunt urmărite timp de mai mulţi ani după aprobare pentru a identifica problemele care ar fi putut fi omise în datele culese pe termen relativ scurt care au fost utilizate în procesul de aprobare. Acest lucru se numeşte supraveghere postcomercializare şi este o componentă esenţială a siguranţei produselor farmaceutice. Acest lucru nu se întâmplă în mod oficial în cazul majorităţii hormonilor preparaţi în farmacii. Lipsa de raportare a reacţiilor adverse conduce la percepţia eronată că aceste medicamente sunt mai sigure, la fel cum faptul că nu mă uit sub frigiderul meu îmi poate da falsa siguranţă că este complet curat dedesubt. Doar că, în cazul hormonilor, ceea ce nu ştii îţi poate face rău. Preparatele magistrale nu poartă întotdeauna aceleaşi etichete de avertizare impuse de FDA, întreţinând, de asemenea, iluzia siguranţei. în ciuda lipsei de control, până la 67% dintre femei cred că hormonii preparaţi farmaceutic sunt mai siguri decât produsele farmaceutice.

Recent, FDA a descoperit 4 202 de cazuri de reacţii adverse asociate preparatelor magistrale pe bază de estradiol şi testosteron comercializate de BioTE Medical (BioTE), care nu au fost niciodată raportate la FDA. Aceste reacţii adverse au inclus cancere, accidente vasculare cerebrale, atacuri de cord, tromboză venoasă profundă (cheaguri de sânge) şi o multitudine de alte probleme îngrijorătoare. BioTE se aproviziona cu pelete de hormoni de la Carie Boyd’s Prescription Shop şi AnazaoHealth Corporation.

Acceptarea pe scară largă a THM cu preparate magistrale arată adevărata măiestrie de marketing a marilor companii de produse naturiste, deoarece hormonii neprelucraţi utilizaţi în preparatele magistrale sunt aceiaşi cu cei utilizaţi de marile companii farmaceutice. Farmaciile care produc preparate magistrale nu-l cunosc pe agricultorul de igname. Dacă produsul conţine estradiol sau progesteron sau oricare alt hormon (cu excepţia estrogenilor ecvini conjugaţi), înseamnă că hormonul a fost sintetizat într-un laborator şi, indiferent dacă provine de la o companie farmaceutică sau de la o farmacie care face preparate magistrale, estradiolul a fost obtinut în acelaşi mod.

Multor femei li se spune că hormonii preparaţi farmaceutic pot fi adaptaţi pentru a obţine un aşa-numit produs personalizat, prin adăugarea altor hormoni, cum ar fi estriol, estronă, DHEA şi testosteron. Singura indicaţie pentru testosteron este scăderea libidoului (pentru mai multe informaţii despre testosteron, vezi capitolul 15). Nu există date privind siguranţa pregnenolonei în tratamentul hormonal al menopauzei.

Dehidroepiandrosteronul (DHEA) este un hormon produs de glanda suprarenală. Acesta poate fi transformat în DHEA-S (o formă de sulfat) şi, împreună, DHEA şi DHEA-S sunt cei mai frecventi hormoni steroizi din organism. DHEA este unul dintre hormonii precursori convertiţi în organism în estradiol, progesteron şi testosteron (vezi Anexa A de la pagina 454). Nivelul de DHEA scade odată cu vârsta. întrucât unele studii au asociat nivelurile mai ridicate de DHEA cu o îmbătrânire lină, ideea că suplimentarea ar putea avea un beneficiu pentru sănătate este o ipoteză validă. Cu toate acestea, studiile arată că DHEA nu este asociat unei îmbunătăţiri a funcţiei sexuale, a stării de spirit sau a densităţii osoase. Nivelurile mai ridicate de DHEA în timpul tranziţiei spre menopauză şi după această etapă sunt asociate unei risc crescut de a face depresie. Din aceste motive, DHEA nu este recomandată în tratamentul hormonal al menopauzei. Există un produs DHEA-S vaginal aprobat de FDA pentru femeile cu sindrom genito-urinar al menopauzei (vezi capitolul 14).

Estrona şi estriolul sunt adesea combinate cu estradiol în preparatele magistrale cunoscute sub numele „biest" (uneori 80% estriol şi 20% estradiol, dar alteori 50% estriol şi 50% estradiol) şi „triest" (80% estriol, 10% estronă şi 10% estradiol). Aceste produse pot fi preparate sub formă de capsule, pastile, creme şi geluri. Estrona şi estriolul sunt estrogeni relativ slabi, astfel încât trebuie administrată o cantitate mai mare pentru a obţine acelaşi efect ca în cazul estradiolului.

Estriolul este produs în principal de placentă, aşa că întotdeauna mi s-a părut ciudat să clasifici acest lucru drept natural sau specializat pentru femeile aflate la menopauză. Afirmaţiile conform cărora estrona şi estriolul sunt mai sigure sau mai blânde (orice ar însemna asta) sunt nefondate.

în 2013, un grup de cercetători a comparat nivelul de hormoni din sângele unui grup de femei care luau biest cu cel al unora care foloseau un plasture de estradiol aprobat de FDA. A fost prima dată când s-au publicat astfel de date (ceea ce este şocant, având în vedere de cât timp sunt disponibile aceste produse). O doză de 2,5 miligrame de biest în Vanicream (una dintre cele mai utilizate creme), care conţine 2 miligrame de estriol şi 0,5 miligrame de estradiol, a fost testată şi comparată cu un plasture de 0,05 miligrame de estradiol, doze presupuse a fi echivalente. Biestul a produs niveluri de estradiol în sânge mult mai scăzute decât plasturele, iar nivelurile de estradiol au fost oscilante, faţă de cele din cazul plasturelui, care erau constante. O doză de 3 miligrame de biest a produs niveluri mai mari decât doza de 2,5 miligrame, dar tot mai mici decât cele ale plasturelui cu 0,05 miligrame de estradiol.

Având în vedere nivelurile mult mai scăzute de hormoni în sânge în cazul dozei de 2,5 miligrame de biest, există îngrijorarea că ameliorarea simptomelor la administrarea acestui produs ar putea fi un efect placebo şi, mai important, că nu protejează împotriva osteoporozei. Interesant este faptul că nu a existat o creştere semnificativă a nivelurilor de estriol în sânge odată cu folosirea cremei cu biest. Deoarece nu se cunoaşte precizia testării nivelurilor foarte scăzute de estriol, este greu să tragem concluzii, dar este posibil ca estriolul din această formulă să nu fie nici măcar absorbit prin piele, să fie rapid metabolizat sau să fie transformat în alti

J hormoni.

Dar cum rămâne cu femeile care spun că se simt mai bine când folosesc hormoni preparaţi farmaceutic? Poate dura o perioadă pentru a te obişnui cu hormonii, atât cu beneficiile lor, cât şi cu efectele secundare, iar în momentul în care cineva caută o cale diferită de îngrijire cu alternative preparate farmaceutic, este posibil ca intervalul de adaptare să fie aproape de sfârşit. Există, de asemenea, beneficiul unui placebo scump, despre care studiile ne spun că este mai eficient decât un placebo mai ieftin. Mulţi furnizori de hormoni preparaţi farmaceutic nu acceptă acoperirea costurilor pe baza asigurării medicale, aşa că, pe lângă cheltuiala cu hormonii, este necesară şi o vizită mai scumpă la cabinet. Operarea în afara sistemului de asigurări îi permite de obicei unui medic să petreacă mai mult timp cu pacientele sale – o mare problemă a sistemului american de sănătate – şi, ca urmare a timpului mai lung pentru ascultarea şi discutarea opţiunilor, este

aproape sigur că ajungi să te simţi mai bine, ceea ce poate influenţa rezultatul.

Aproape că pot auzi insultele: dr. Gunter este doar o unealtă a marilor companii farmaceutice (eu nu am mai luat niciun ban de la o companie farmaceutică din 2004). Nu m-ar surprinde dacă o versiune a acestei
afirmaţii ar apărea într-o recenzie online. Adevărul despre siguranţa şi datele ştiinţifice ale aşa-numitelor produse bioidentice, ale derivatelor din plante şi ale preparatelor magistrale va afecta o importantă sursă de venit pentru mulţi.

Există o bază de date care urmăreşte dacă medicii au luat bani de la marile companii farmaceutice, Dollars for Doctors. Din nefericire, nu există nicio dezvăluire cu privire la sumele de bani pe care doctorii le- ar putea primi pentru promovarea preparatelor magistrale sau pentru că sunt asociati cu laboratoare şi recomandă
J **I**
niveluri hormonale neindicate.

O problemă majoră legată de marile companii farmaceutice este faptul că studiile acestora arată aproape întotdeauna un rezultat pozitiv. Să luăm, de exemplu, medicamentele pentru ulcerul gastric. Potrivit studiilor efectuate de dr. Ben Goldacre, medic şi cercetător din Marea Britanie, 85% dintre studiile finanţate de o companie farmaceutică arată că aceste medicamente sunt benefice, dar când acelaşi medicament este evaluat prin cercetări finanţate de guvern, doar 50% dintre studii au rezultate pozitive. Wall Street recompensează doar produsele de succes, astfel încât datele privind medicamentele care au dat greş sunt rareori publicate, pentru că afectează în mod negativ preţul acţiunilor. Acest lucru este cu adevărat J
regretabil, deoarece să afli că un
medicament nu este eficient este de fapt extrem de important.

Răspunsul la litania de probleme cu marile companii farmaceutice nu este să trimitem femeile la o industrie nereglementată, cu cercetări puţine sau inexistente; răspunsul este să cerem mai mult din partea industriei farmaceutice. Hormonii preparaţi în farmacii nu ajută femeile să evite lacunele din medicină, ci le exploatează. Dacă aceste produse sunt atât de uimitoare, industria preparatelor magistrale ar trebui să transforme o parte din cei 1 miliard de dolari pe an pe care îi câştigă în studii de calitate pentru a-şi dovedi afirmaţiile.
J

Aceasta este partea minunată a ştiinţei – dacă dovedeşti că un produs este superior, îl voi accepta şi îmi voi schimba părerea.

Hormonii preparaţi în farmacii şi analizele de sânge

Aşa-numita personalizare hormonală cu hormoni preparaţi în farmacii are o altă latură întunecată – analizele de sânge pentru individualizarea tratamentului. Sună atrăgător, dar nu se bazează pe ceea ce ştim despre hormoni şi menopauză. Nu se recomandă anumite niveluri hormonale, deoarece scopul nu este un anume nivel de hormoni. Hormonii sunt administraţi în

J funcţie de vârstă, simptome şi riscul de a face osteoporoză. De asemenea, este important de reţinut că nivelurile hormonale oscilează puternic în timpul tranziţiei spre menopauză (de exemplu, nivelurile de dimineaţă pot fi diferite de cele de seară), astfel încât acesta este un barometru foarte puţin fiabil. Unii furnizori recomandă testarea hormonilor din salivă – văd acest lucru foarte des la medicii homeopaţi. Această „testare" este inutilă.

în studiile în care se efectuează o monitorizare mai sofisticată pe parcursul mai multor zile, nivelurile hormonale nu se corelează bine cu simptomele. După menopauză, estrogenii care circulă în sânge nu reflectă nevoile organismului; ei sunt estrogeni efluenţi sau scurgeri din ţesuturi, în plus, este posibil ca nivelurile hormonilor din sânge să nu reflecte ceea ce se întâmplă în ţesuturi, deoarece ţesuturile pot transforma estradiolul în estronă sau estrona în estradiol, în funcţie de necesităţi (vezi capitolul 3).

Testele hormonale implică şi cheltuieli inutile şi oferă iluzia că un medic ascultă şi este receptiv şi fac ca femeile să revină la cabinet pentru a discuta aceste niveluri şi a le corecta. Aceste teste sunt rareori acoperite de către companiile de asigurări şi sunt o risipă de bani. în această privinţă, companiile de asigurări au dreptate.

Cum a luat amploare mitul hormonilor bioidentici/derivaţi din plante?

Termenii „bioidentic" şi „natural" pentru tratamentul hormonal al menopauzei există cel puţin din anii 1990. Aceste cuvinte au exploatat practicarea la scară tot mai largă a medicinei alternative, care era deja destul de răspândită la mijlocul anilor 1990. Adepţii acestor tratamente nestudiate nu au susţinut că femeile sunt ignorate de medici în privinţa problemelor hormonale. La urma urmei, 41% dintre femeile din America de Nord aflate la menopauză în 1997 urmau THM. Ceea ce susţineau ei era că THM
r
farmaceutic era nenatural – „hormonii de cal sunt naturali pentru cai, nu pentru femei", era una dintre glumele obişnuite. A existat şi o afirmaţie inexactă, conform căreia hormonii preparaţi în farmacii ar fi cumva mai buni, deoarece puteau fi „echilibraţi" pentru a satisface nevoile unei femei (gândeşte-te la biest şi triest), dar nicio dovadă nu s-a materializat vreodată.

Odată cu studiul WHI, convingerea că EEC (Premarin) – aşa-numiţii „hormoni de cal" – sunt nocivi a fost aparent justificată, deoarece EEC reprezenta estrogenul analizat în cadrul studiului WHI. Deoarece multe femei şi mulţi medici ezitau în privinţa estrogenilor farmaceutici şi existau puţine alternative nehormonale bazate pe dovezi, s- a creat un vid de îngrijire şi au apărut marile companii de produse naturiste. Absenţa
informaţiilor privind riscul acestor produse (trebuie să studiezi ceva pentru a identifica riscurile) a fost transformată în siguranţă, iar încrederea cu care au fost promovaţi aceşti hormoni trebuie să fi fost resimţită ca o ***r*** alternativă binevenită la mesajele din medicină care se contraziceau. încrederea legată de hormonii bioidentici a fost confundată cu competenţa.

Hormonii bioidentici nu au explodat cu adevărat până când celebrităţile nu au intrat în acţiune. Suzanne Somers, actriţă şi susţinătoare celebră a echipamentelor de fitness şi autoarea unor cărţi precum *Eat, Cheat and Melt the Fat Away,* şi-a publicat prima carte despre hormoni în 2004, *The Sexy Years: The Hormone Connection.* Există puţine diferenţe între teoriile prezentate de Somers şi cele ale doctorului Wilson din lucrarea sa din 1966, *Feminine Forever.* Menopauza este o boală, iar femeile pot rămâne în formă, feminine şi fantastice prin miracolul estrogenului, care, potrivit lui Somers, era – da, ai ghicit, 100% sigur. Singura diferenţă substanţială între Wilson şi *w r 9*
f
Somers era reprezentată de afirmaţiile celei din urmă cu privire la hormonii bioidentici.

Apoi, a intrat în scenă Oprah Winfrey, care, în ianuarie 2009, a dedicat două ediţii ale emisiunii ei tratamentului hormonal al menopauzei. într-una dintre ele, a intervievat-o pe Robin McGraw (soţia lui dr. Phil) şi, două săptămâni mai târziu, în cealaltă, a invitat-o pe Suzanne Somers. Dr. Christiane Northrup, o cunoscută adeptă a
terapiei cu hormoni bioidentici, a fost invitată şi ea ca voce medicală a raţiunii. Informaţiile prezentate de Somers au fost în mare parte incorecte din punct de vedere medical şi, în general, nu au fost contestate. Dozele şi regimul folosit de Somers ar fi fost o glumă, dacă nu ar fi fost vorba că ceea ce lua ea recomanda şi altor femei. Somers susţinea că acesta era regimul recomandat de medicul ei, dr. Prudence Hali.

Potrivit publicaţiei *Newsweek,* care a scris despre cele două ediţii ale emisiunii la vremea respectivă, nu s-a menţionat niciodată faptul că Suzanne Somers suferise de cancer de sân şi că avusese leziuni precanceroase pe uter în timp ce lua hormoni bioidentici. Somers părea să fie femeia războinică pe calea spre o stare de bine.

Nu e de mirare că Somers a făcut leziuni precanceroase pe uter. Ea folosea o cremă locală cu progesteron, care este ineficientă pentru a proteja uterul de estrogen. Acest lucru nu a fost niciodată subliniat, dar specialista din emisiunea lui Winfrey, dr. Northrup, recomanda progesteronul aplicat local în cărţile sale. Despre aceste tratamente, Winfrey a spus că „femeile au dreptul să revendice o calitate mai bună a vieţii".

f

Da, femeile *trebuie* să revendice o calitate mai bună a vieţii, dar este absurd şi jignitor să sugerezi că un regim THM nestudiat care promovează progesteronul aplicat local nesigur reprezintă o
emancipare. Să nu mai vorbim despre mesajul lui Somers cu privire la feminitate ca monedă de schimb. Deseori mă întreb dacă această calitate mai bună a vieţii pe care Oprah şi-o dorea revendicată de către femei includea şi refuzul vaccinurilor, pentru că, atunci când a participat la emisiune, dr. Northrup îşi declarase deja opoziţia faţă de vaccinul HPV. Cancerul de col uterin nu pare deloc a fi o cale spre emancipare.

Se pare că Somers şi Northrup au fost atât de convingătoare, încât Winfrey a decis să înceapă un tratament cu ceea ce ea a numit un estrogen bioidentic, deşi nu s-a discutat dacă a folosit un produs farmaceutic sau un preparat magistral. La vremea respectivă, să ai acordul sau sprijinul lui Winfrey era mai important decât să ai acordul lui Dumnezeu. Oprah a povestit în *0, The Oprah Magazine* că imediat a „simţit cum i se ridică vălul de pe ochi". Cum ar putea concura medicina modernă, plină de studii stufoase şi obligată să prezinte date, cu Oprah Winfrey? Ea a scris ulterior:
După trei zile, cerul era mai albastru, creierul meu nu mai era înceţoşat, iar memoria, mai limpede. Literalmente, cântam şi mergeam plină de bucurie.

Este important să subliniem că THM nu pare a fi eficient în tratarea stărilor de confuzie specifice menopauzei, iar ameliorarea spectaculoasă a simptomelor asociate cu menopauza nu se observă de obicei în trei zile.

Fiecare temă misogină recurentă legată de hormoni a fost reformulată cu succes de Somers ca fiind o expresie a feminismului, iar absenta dovezilor medicale şi J I administrarea unui regim hormonal nestudiat au fost aparent pledoarii pentru sine.

Conform rapoartelor Google, luna ianuarie a anului 2009 este cea cu numărul cel mai mare de căutări pe internet pentru termenul „hormoni bioidentici".

în ceea ce priveşte cercetările convingătoare ale lui Somers, medicul ei personal, dr. Prudence Hall, care a scris şi prefaţa cărţii lui Somers din 2013, *I'm Too Young for This!,* s-a aflat în probaţiune impusă de Medical Board of California până în august 2022 în legătură cu utilizarea hormonilor. Mai mult, în perioada de probaţiune – potrivit instituţiei – i-a fost interzis să se prezinte ca specialistă în obstetrică şi ginecologie sau endocrinologie. Ea a fost acuzată de „neglijenţă gravă, acte repetate de neglijenţă şi neîntocmirea unor dosare medicale adecvate şi exacte în îngrijirea şi tratarea a două paciente".

Iar în ceea ce o priveşte pe dr. Northrup, în septembrie 2020, a promovat teoriile antivaccin şi teoriile conspiraţiei QAnon, precum şi propaganda anti-mască COVID-19 în rândul celor peste 100 000 de urmăritori ai săi de pe Instagram şi al celor peste 100 000 de urmăritori de pe Twitter.

Nu este surprinzător că întâlnim teorii ale conspiraţiei – ideea că oamenii sau un grup complotează în mod clandestin pentru a influenţa rezultatele – legate de hormonii bioidentici sau asa-numitii hormoni naturali. La urma urmei, există teme comune între acest tip de medicină alternativă şi teoriile conspiraţiei. Ambele promovează conceptul că oamenii au fost minţiţi, fie că este vorba de medicină, de mass-media, de guvern sau de industria farmaceutică. O teorie populară a conspiraţiei este aceea că hormonii bioidentici au fost foarte populari până când Wyeth-Ayerst a dezvoltat produsul Premarin, scoţându-i pe producătorii de hormoni bioidentici din joc. Acest lucru este ridicol. Ceea ce primeau femeile înainte de Premarin erau injecţii cu teelină, care erau estrogeni extraşi din urina sau placenta femeilor însărcinate sau din ovare de porc. După standardele noastre de astăzi, probabil că teelina era ceva îngrozitor, producând oscilaţii mari ale nivelurilor hormonale. Iar **J**
hormonii din anii 1920 şi 1930 nu erau produşi de o femeie deşteaptă şi autoinstruită, ci de companiile farmaceutice.

La apogeul său, Premarin deţinea 41% din piaţa THM, iar hormonii preparaţi în farmacii deţin în prezent 40% din cota de piaţă. Este o tactică ciudată de a transforma această poveste de succes în victimizare din partea marilor companii farmaceutice. Tranziţia spre menopauză poate fi o perioadă de anxietate pentru unele femei, iar anxietatea îi determină pe oameni să caute alinare. Pretenţiile cu privire la personalizare şi încrederea emanată de marile companii
de produse naturiste oferă iluzia controlului şi a siguranţei. Şi ce alinare mai bună poate exista decât balsamul vindecător al naturii? Şirul de studii privind tratamentul hormonal al menopauzei – parte a procesului ştiinţific – este un haos prin comparaţie. Este important să recunoaştem că femeile au fost minţite de medicină – li s-au respins bufeurile, li s-a spus că durerea în timpul sexului este normală şi că trebuie doar să bea un pahar de vin pentru a se relaxa, iar oasele lor sfărâmicioase au fost ignorate. Industria farmaceutică publică selectiv datele, iar unii medici sunt influenţaţi de banii proveniţi de la marile companii farmaceutice. Aceste adevăruri fac mai credibilă partea din mesaj despre aşa- numitele tratamente naturale ca fiind un răspuns la problemele din medicină.

Ştiu cât de greu va fi pentru multe femei care citesc informaţii despre aşa-numitele tratamente naturale şi hormoni preparaţi în farmacii să le accepte. Este o reacţie normală să vrei să respingi aceste informaţii, pentru că alternativa este să accepţi că ai fost indusă în

eroare. Reţine că nu ai fi avut cum să iei o decizie în cunoştinţă de cauză cu privire la aceste produse fără informaţii exacte.

Dacă preparatele magistrale personalizate sau aşa-numitele produse derivate din plante ar fi fost cu adevărat superioare, ar fi existat date de calitate care să susţină utilizarea lor şi, în consecinţă, specialiştii ca mine le-ar fi prescris şi
societăţile noastre profesionale le-ar fi recomandat. Dacă aceste produse sunt atât de sigure şi atât de eficiente, de ce această industrie de 1 miliard de dolari nu a publicat niciodată cercetările care să dovedească acest lucru?

DE RETINUT

*

- Hormonii preparaţi farmaceutic reprezintă o piaţă netestată şi nereglementată, în valoare de 1 miliard de dolari pe an.
- Hormonul neprocesat utilizat în THM de la o farmacie care face preparate magistrale provine din aceleaşi surse ca hormonii utilizaţi în THM farmaceutic.
- Cremele cu estrogen preparate în farmacii s-ar putea să nu conţină suficient estradiol pentru a trata bufeurile şi pentru a preveni osteoporoza.
- Progesteronul cu administrare locală este adesea recomandat ca parte a preparatelor bioidentice, dar progesteronul nu se absoarbe bine la nivel local, astfel încât aceste preparate sunt nesigure.
- Există probleme în privinţa siguranţei peletelor de testosteron şi, în concluzie, nu sunt recomandate.

CAPITOLUL 21

Diete la menopauză

Ce înseamnă o menopauză sănătoasă, şi nu numai

9

O dietă sănătoasă este unul dintre elementele de bază ale îmbunătăţirii stării J
de sănătate pe tot parcursul menopauzei, dar, cu toate acestea, mai puţin de 20% dintre femeile din Statele Unite menţin o dietă sănătoasă în timpul tranziţiei spre menopauză şi ulterior. Acest lucru este regretabil, mai ales având în vedere că o dietă sănătoasă are multe beneficii, de la scăderea riscului de apariţie a bolilor cardiovasculare (cauza numărul unu de deces la femei), reducerea riscului de a face diabet de tip 2, prevenirea constipaţiei şi a hemoroizilor, scăderea riscului de cancer de colon şi de boală Alzheimer, pentru a numi doar câteva. înainte de a începe, să desfiinţăm citatul atribuit lui Hipocrate „Fie ca hrana să-ţi fie medicament". Apare pretutindeni – de la revistele medicale la conturile de Instagram care promovează diete şi până la o postare de pe pagina de internei goop.com a lui Gwyneth Paltrow, care a fost scrisă ca să mă pună la zid pentru că îi criticasem ignoranţa şi faptul că publica informaţii fără să le verifice. Acest citat este fals. Nu apare nicăieri în cele aproximativ 60 de volume din *Corpus hipocraticum* (lucrările atribuite lui Hipocrate şi colegilor săi). Ce se spune despre importanţa verificării informaţiilor?

Grecii antici făceau diferenţa între J mâncare şi medicamente. Dieta era o parte importantă a unei sănătăţi bune şi era recomandată pe baza simptomelor, a sexului şi a anotimpului (o abordare nu
tocmai ştiinţifică). Dietele grecilor erau legate de cunoştinţele pe care le aveau despre corpul uman şi despre boli, despre care ştim acum că erau în mare parte greşite. De exemplu, anumite alimente despre care se credea că produc deshidratarea erau recomandate femeilor, deoarece erau prea „umede". De asemenea, ideea că grecii antici descoperiseră secrete alimentare care nu au fost şi nu vor fi niciodată publicate într-o revistă medicală de renume, ci mai degrabă îţi vor fi dezvăluite pe o pagină de internei care vinde suplimente, este suspectă.

Ştiinţa alimentară este o provocare suficient de mare, dar dacă mai adăugăm şi recursul la înţelepciunea străveche (strămoşii noştri ştiau mai bine, cum ar fi falsul citat din Hipocrate) şi la sofismul naturalist (natura este cea mai bună), diferenţierea adevărurilor alimentare de ficţiune devine şi mai dificilă. Deşi este adevărat că portocalele pot vindeca scorbutul şi că o dietă cu carne roşie poate produce un proces reversibil al carenţei de fier, aceste boli sunt rezultatul unor deficite alimentare, deci alimentele nu tratează o afecţiune subiacentă.

0 dietă sănătoasă este o temelie importantă şi ar trebui să fie privită ca o metodă de îngrijire preventivă. în ciuda acestui adevăr medical, discuţiile despre diete sunt adesea lăsate deoparte în favoarea intervenţiilor, cum ar fi tratamentul hormonal al menopauzei (THM) sau
suplimentele. Motivele sunt multiple şi uneori complexe. Deşi este adevărat că mulţi medici au parte de prea puţină pregătire sau chiar deloc în domeniul nutriţiei, mulţi alţii au pregătirea să poarte aceste conversaţii, dar nu au timp să o facă în timpul unei vizite la cabinet de 20 de minute (sau mai puţin), în care trebuie să discute despre schimbările cauzate de menopauză şi despre tratamentul hormonal, darămite despre dietă, cu excepţia cazului în care pot manipula timpul după bunul lor plac. De asemenea, oamenilor le poate fi dificil să aibă acces la adevăraţii experţi în nutriţie – dieteticieni autorizaţi sau nutriţionişti cu acreditări corespunzătoare.

Şi apoi există fobia faţă de grăsime, nu doar în societate, ci şi în medicină. Majoritatea mesajelor pe care le primesc femeile cu privire la alimentaţie într-un cabinet medical sunt legate de corpul lor presupus problematic, spre deosebire de beneficiile fundamentale ale unei diete sănătoase. Când femeile nu pot obţine răspunsuri din partea medicilor sau sunt respinse ori insultate, nu este de mirare că încep să le caute în altă parte. Şi aici intervin şarlatanii nutritionisti – de la medici la dieteticieni autorizaţi, la nutritionisti şi f [9] ***f f f***
influenceri –, adică nişte oameni care fac afirmaţii trăsnite despre puterile terapeutice ale superalimentelor dintr-un anumit sezon şi promisiuni îndrăzneţe de resetare hormonală sau vorbesc despre presupusele pericole ale cerealelor asupra creierului. Şi,
bineînţeles, programul şi suplimentele lor sau ceaiul special pe care îl vând ei pot vindeca totul contra cost.

Problemele stiintei alimentare

9 ***9***

Pe lângă problemele de comunicare şi acces la informaţiile despre nutriţie, ştiinţa alimentară în sine reprezintă o problemă. Studiile pot fi părtinitoare din cauza finanţării, în acelaşi mod în care marile companii farmaceutice influenţează studiile privind

medicamentele. Apoi, mai este şi volumul mare de date obţinute, dintre care multe sunt contradictorii. Aproape în fiecare zi apare o nouă indicaţie sau contraindicaţie dietetică. Acum ouăle sunt bune sau sunt rele? Este uşor să pierzi controlul, deoarece consensul pare să se schimbe la fel de des ca tendinţele modei.

Dietele sunt şi incredibil de dificil de studiat. Se pot studia populaţii şi un model alimentar care pare să fie legat de un anumit rezultat de sănătate – acest lucru este cunoscut sub numele de studiu observaţional. De exemplu: după ce se urmăreşte un grup de femei care trăiesc în estul Asiei, se poate observa că în rândul lor incidenţa bufeurilor este mai mică şi că mănâncă mai multă soia decât femeile din Statele Unite. Datorită soiei oare? Poate, dar tot ceea ce avem este o asociere. Poate pentru că soia este consumată în cantităţi mai mari pe tot parcursul vieţii, nu doar în
timpul tranziţiei spre menopauză. Sau pentru că dietele abundente în soia sunt de obicei mai bogate în legume şi mai sărace în grăsimi saturate. Sau pentru că persoanele care trăiesc în estul Asiei consumă soia de secole şi au evoluat pentru a o utiliza mai eficient, fie prin intermediul factorilor genetici, fie prin intermediul bacteriilor intestinale diferite, astfel încât beneficiul nu poate fi transpus altor populaţii. Sau poate că nu are nicio legătură cu soia în sine, ci cu faptul că consumul de soia este legat de educaţie sau de un alt factor social determinant al sănătăţii. Asocierea dintre soia şi un risc redus de apariţie a bufeurilor ar putea fi un rezultat fals, adică e doar o întâmplare statistică.

Ceea ce mâncăm şi modul în care organismul nostru utilizează acest combustibil este foarte complex şi rareori poate fi redus la un singur ingredient. Studiile observaţionale pot genera informaţii interesante şi pot determina ipoteze, dar datele sunt rareori suficient de clare pentru a trage concluzii certe.

Există studii care implică unele intervenţii alimentare, ceea ce înseamnă o cercetare care implică femei, le atribuie aleatoriu o dietă şi controlează cât mai multe variabile, astfel încât singurul lucru diferit între cele două grupuri este dieta. Aceste studii pot răspunde la mult mai multe întrebări decât studiile observaţionale, dar sunt foarte costisitoare, iar să convingi un număr mare de persoane să urmeze o dietă pe o
perioadă lungă poate fi dificil. Un bun exemplu este componenta dietetică a studiului WHI, acelaşi studiu care a analizat THM. Studiul WHI a repartizat la întâmplare peste 48 000 de femei fie în grupul care a urmat un tipar de alimentaţie impus cu conţinut scăzut de grăsimi, fie în grupul care şi-a menţinut dieta obişnuită. Acesta ar fi
I f I
trebuit să fie studiul care să stabilească dacă o dietă săracă în grăsimi ar putea preveni apariţia cancerului de sân, a cancerului colorectal şi a bolilor coronariene la femei, după menopauză. Care a fost problema? Dieta nu s-a respectat întocmai, iar femeile repartizate în grupul care consuma alimente cu un continui scăzut de grăsimi au avut o scădere de doar 9% a riscului de a face cancer de sân, care se încadra în marja de eroare statistică. Ele au pierdut, de asemenea, câteva kilograme, probabil datorită dietei pe care o urmaseră, ceea ce ar fi putut explica incidenţa mai mică a cancerului mamar. Acest lucru nu înseamnă că ar trebui să le învinovăţim pe femeile care nu au putut să urmeze dieta. Mai degrabă nerespectarea ei indică faptul că modelul studiului a fost necorespunzător, nu că ar fi o problemă cu participantele.

Pentru a controla faptul că este mai greu ca subiecţii să urmeze o dietă specifică atunci când au acces la propriile bucătării şi restaurante, există studii în care oamenii locuiesc într-un centru de cercetare unde toată mâncarea este pregătită şi urmărită atent, iar nivelurile de hormoni din sânge şi
alte măsurători sunt efectuate în mod regulat. Aceste studii produc date de înaltă calitate, dar puţini oameni doresc să trăiască mai multe luni în ceea ce seamănă cu un motel, astfel încât aceste studii sunt limitate la câteva săptămâni. Este posibil ca aceste date pe termen scurt să nu fie neapărat valabile pe termen lung. Studiile de genul acesta sunt şi costisitoare, aşa că, în general, sunt limitate la un număr mic de participanţi. Chiar şi într-un astfel de mediu extrem de controlat, rezultatele pot fi contradictorii. De exemplu, un astfel de studiu a comparat o dietă ketogenică bogată în grăsimi cu una vegetariană bogată în carbohidraţi. Aceste două diete sunt opuse din punct de vedere nutriţional şi, cu toate acestea, fiecare dietă a îmbunătăţit unele variabile şi le-a înrăutăţit pe altele.

în principiu, ştiinţa nutriţiei este o provocare şi, uneori, studiile ridică mai multe întrebări decât oferă răspunsuri, dar aceasta este şi calea sinuoasă a stiintei. Problema este că cei mai multi dintre noi – inclusiv
J
medicii – doresc un răspuns bun şi simplu despre alimentaţie. Poate că această dorinţă explică popularitatea aşa-numitelor superalimente. Cine nu-şi doreşte un aliment care le poate face pe toate? Se presupunea că un măr pe zi ar trebui să ţină doctorul la distanţă. Asta până când s-a constatat că fructele de aşai, turmericul, quinoa, varza kale, fulgii de ovăz, rodiile, uleiul de cocos şi sucul de apio sunt şi ele superalimente. Cum poate un superaliment să fie înlocuit atât de
repede? Nu ar trebui să fie super pentru totdeauna?

O scurtă introducere în nutriţie

f

Macronutrienţii furnizează energie proteine: 4 calorii per gram; carbohidraţi: 4 calorii per gram; grăsimi: 9 calorii per gram. De asemenea, ei furnizează substanţe esenţiale. De exemplu, aminoacizii din proteine sunt reciclaţi în orice, de la enzime la gene, iar colesterolul din grăsimi este transformat în multe lucruri, de la membrane celulare la estrogen.

Micronutrientii sunt vitamine şi minerale
J I
esenţiale pentru funcţionarea organismului. Spre deosebire de macronutrienţi, ei sunt necesari doar în cantităţi mici, de unde şi denumirea „micro". Câteva exemple sunt fierul, iodul, acidul folie, zincul şi vitaminele A şi C.

I

Carbohidratii sunt lanţuri de molecule de
J J
zaharuri şi sunt împărţiţi în două grupe: simpli şi complecşi. Carbohidraţii simpli au una sau două molecule de zahăr, deci sunt mai mici şi mai uşor de digerat. Exemplele includ zaharurile din alimente, cum ar fi zaharoza şi glucoza din fructe şi legume şi galactoza şi lactoza din produsele lactate, precum şi zaharurile rafinate, cum ar fi zahărul de masă şi siropul de porumb cu continui ridicat de fructoză.

J
Carbohidraţii complecşi sunt şiruri de trei sau mai multe molecule de zaharuri şi includ
I
amidon şi fibre, dar numai amidonul poate fi digerat. Amidonul se găseşte în multe legume (cum ar fi broccoli, morcovi şi cartofi), leguminoase (gândeşte-te la soia, linte, fasole, mazăre şi năut), nuci şi cereale integrale (de exemplu, fulgi de ovăz, grâu integral, orez brun şi quinoa). Când o cereală este rafinată, părţile cu cel mai mare continui de fibre şi substanţe nutritive sunt
J J J
îndepărtate (târâtele şi germenii). Făina de grâu integral şi orezul brun sunt carbohidraţi complecşi, în timp ce făina albă şi orezul alb sunt simpli.

Carbohidraţii simpli şi amidonul sunt descompuşi în glucoză, care este fie folosită imediat pentru a obţine energie, fie transformată într-un depozit de zahăr numit glicogen, fie reambalată şi depozitată sub formă de grăsime. Carbohidraţii simpli sunt mai uşor de digerat, astfel încât glucoza ajunge rapid în fluxul sanguin, în timp ce, în cazul carbohidraţilor complecşi, glucoza este eliberată într-un ritm mai lent. Dietele bogate în carbohidraţi simpli sunt asociate cu o incidenţă mai mare a bolilor

J cardiovasculare şi a diabetului de tip 2.

0 dietă bogată în carbohidraţi rafinaţi a fost asociată cu niveluri mai scăzute de globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG) şi, prin urmare, cu niveluri crescute de estrogen şi testosteron activ sau nelegat. (Aminteşte-ţi de mnemonica Sunt Hoţi pe Bulevarde şi prin Ganguri din capitolul 3.) Acest lucru poate avea un impact negativ asupra cancerelor cu răspuns hormonal,
cum ar fi cel mamar şi cel endometrial (mucoasa uterului).
la fibrele în serios!
îmi place să vorbesc despre fibre cu pacientele mele. Acestea au extrem de multe beneficii pentru sănătate şi reprezintă un proces dietetic despre care se poate discuta fără a menţiona vreodată greutatea, înseamnă să adaugi ceva, nu să refuzi eliminarea unui aliment, şi poate produce rezultate rapide care pot fi purgative.

Fibrele sunt un carbohidrat nedigerabil. Există două tipuri: solubile – care se pot dizolva în apă – şi insolubile – care nu pot fi dizolvate. Ambele sunt benefice şi se

I găsesc de obicei împreună în acelaşi aliment. Fibrele funcţionale se găsesc în suplimente.

Femeile au nevoie de 25 de grame de fibre pe zi, iar bărbaţii de 38 de grame – sunt sigură că există o glumă bună cum că bărbaţii ar fi în cazul ăsta mai plini de rahat. Aportul tipic de fibre în Statele Unite este de 17 grame pe zi şi doar 5% din populaţie consumă cantitatea zilnică recomandată – deci situaţia se poate îmbunătăţi. Fibrele alimentare au foarte multe beneficii pentru sănătate, aşa că mărirea aportului este pentru multe femei o modalitate de a-şi îmbunătăţi sănătatea. Singurul dezavantaj real este că acolo unde există fibre, există şi gaze.

De ce sunt fibrele atât de uimitoare? Ele capătă volum, ceea ce creşte senzaţia de saţietate după masă, iar creşterea volumului scaunului stimulează intestinul, reducând constipaţia. Prevenirea constipaţiei şi scaunul mai moale reduc riscul apariţiei hemoroizilor şi nimeni în toată istoria

I
omenirii nu a spus vreodată „Nu, mulţumesc, sunt bine, îmi plac hemoroizii mei". Fibrele încetinesc digestia carbohidraţilor, reducând creşterile bruşte ale glicemiei după o masă, şi absorb în scaun apa din conţinutul colonului, făcând scaunul moale, astfel încât acesta este eliminat mai uşor şi este mai
I I
puţin tare sau iritant la ieşire. Fibrele sunt asociate cu o reducere a colesterolului total şi a colesterolului LDL (colesterolul rău), iar femeile aflate la postmenopauză au, de obicei, o scădere mai mare a colesterolului ca răspuns la consumul de fibre decât femeile aflate în perioada de tranziţie spre menopauză.

Fibrele pot influenţa nivelurile de estrogen pe termen lung. Bila este o substanţă produsă de ficat şi este excretată prin vezica biliară în intestin pentru a ajuta la digestie. Aceasta conţine şi o parte din estrogen. în intestinul subţire, o mare parte din estrogen este reabsorbită şi transportată înapoi spre ficat (un proces numit circulaţie enterohepatică). Fibrele reduc reabsorbţia estrogenului din intestin în cazul femeilor aflate în premenopauză. Acesta este unul dintre mecanismele propuse pentru asocierea fibrelor cu un număr mai mic de
cancere mamare cu răspuns hormonal. După menopauză, fibrele nu mai au acest impact asupra estrogenului, deoarece nivelurile de estradiol din sânge sunt incredibil de scăzute, căci majoritatea estrogenilor sunt produşi local în ţesuturi, astfel încât în bilă există puţin estrogen sau deloc. Aşa că nu te îngrijora, o masă bogată în fibre nu va avea ca rezultat o seară în care, pe lângă gaze, ai şi bufeuri. Gazele ar putea fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla!

Fibrele scad pH-ul scaunului, au efect antiinflamator şi inhibă înmulţirea bacteriilor potenţial dăunătoare, crescând în acelaşi timp absorbţia unor minerale. Unele fibre solubile sunt, de asemenea, prebiotice, ceea ce înseamnă că favorizează înmulţirea J bacteriilor intestinale sănătoase. Două exemple sunt inulina şi fructooligozaharidele, care se găsesc în ceapă, praz, usturoi, grâu, ovăz, sparanghel, rădăcina de cicoare şi napul porcesc. Napul porcesc poate avea niveluri foarte ridicate de inulină. Nu l-am încercat decât o singură dată. Mănânc foarte multe fibre, aşa că am simtit că eu şi colonul meu suntem antrenaţi
J I J
pentru acel moment. Dar m-am înşelat. Au fost cele mai dureroase gaze pe care le-am avut vreodată.

0 dietă bogată în fibre este asociată unor niveluri mai mici de apariţie a bolilor cardiovasculare, a diabetului de tip 2 şi a cancerului de colon. Fibrele pot ajuta unele persoane să-şi menţină greutatea, fie
datorită senzaţiei de saţietate, fie prin alte mecanisme. Dar nu discut despre asta la cabinet decât atunci când mă întreabă pacientele. Fibrele au atât de multe beneficii încât nu există niciun motiv să aducem greutatea în discuţie. Chiar şi ameliorarea constipaţiei şi a hemoroizilor face ca fibrele să merite să fie consumate. Nimic nu se compară cu fericirea unei paciente a cărei constipaţie s-a rezolvat mulţumită unei schimbări alimentare.

Fibrele se găsesc în cereale integrale, în leguminoase şi în anumite fructe şi legume, astfel încât majoritatea alimentelor bogate în fibre conţin şi micronutrienti importanţi.

J I J I J

Tărâţele de grâu reprezintă porţiunea exterioară a bobului şi sunt deosebit de eficiente pentru creşterea volumului scaunului. Fibrele funcţionale din suplimente sau adăugate în alimente sunt eficiente în cazul constipaţiei, dar este puţin probabil să aibă toate beneficiile pentru sănătate ale fibrelor alimentare.

încurajez orice femeie, indiferent în ce stadiu al menopauzei se află, să-şi noteze ce mănâncă într-o perioadă de câteva zile, să calculeze aportul de fibre şi să-şi schimbe alimentaţia în mod corespunzător. Aceasta este una dintre cele mai uşoare schimbări alimentare pe care le poţi face şi nu implică nevoia de a refuza. De exemplu, adăugarea unei porţii de cereale cu conţinut ridicat de fibre în fiecare zi sau trecerea de la orezul alb la cel brun sunt schimbări simple pe care le poţi face cu uşurinţă.

Personal, ador cerealele cu conţinut ridicat de fibre şi, după ce am încercat mai multe, am făcut o listă cu câteva pe care le recomand. La urma urmei, nu contează dacă au suficiente fibre, ci dacă au suficiente fibre şi sunt suficient de gustoase pentru a putea fi consumate în mod regulat îmi plac cerealele pentru că sunt uşor de procurat, la îndemâna oricui, sunt adesea îmbogăţite cu micronutrienţi, deci pot fi complete din punct de vedere nutriţional, iar consumul unui cantităţi de 25 de grame de fibre pe zi este dificil chiar şi pentru cei care mănâncă multe legume şi leguminoase. Cerealele mele preferate cu conţinut ridicat de fibre sunt Kashi Go Rise (13 grame de fibre şi 12 grame de proteine per porţie, o modalitate bună de a fi plină de energie toată dimineaţa), Kellogg’s AII Bran (tot 13 grame de fibre per porţie şi poţi prepara o minunată granola de casă cu % de cană de fulgi de ovăz uscati şi câteva nuci) şi Post Foods J i Zi
Uncie Sam (10 grame de fibre per porţie, dar, spre deosebire de celelalte, acestea nu au zahăr adăugat şi conţin doar boabe de grâu şi seminţe de în).

Procesarea alimentelor

Alimentele naturale sunt neschimbate fată

J de forma lor naturală – gândeşte-te la banane, năut, pui sau miere. Orice intervenţie care schimbă natura

J

fundamentală a alimentelor, de la congelare

la pasteurizare şi până la adaosul de zahăr, înseamnă procesare. Făina este procesată, la fel ca şi brânza, tofu şi fasolea roşie la conservă. Chiar şi aşa-zişii morcovi „baby" sunt procesaţi (sunt doar morcovi mai mari care au fost reduşi la o dimensiune suficientă cât să-i mănânci dintr-o singură înghiţitură, am fost extrem de dezamăgită să aflu acest lucru). Alimentele procesate fac adesea parte dintr-o dietă nutritivă, iar multe aspecte ale procesării îmbunătăţesc siguranţa alimentelor şi/sau prelungesc durata de valabilitate.

Alimentele ultraprocesate sunt problematice pentru sănătate. Deşi definiţia s-a schimbat uşor de-a lungul anilor, aceste alimente sunt considerate în mod obişnuit formule industriale, ceea ce înseamnă că au şi alte ingrediente în afară de sare, zahăr şi grăsimi care nu sunt folosite de obicei în bucătăria casnică. Unele definiţii au inclus, de asemenea, alimentele cu cinci sau mai multe ingrediente (cerealele mele Uncie Sam conţin doar patru ingrediente, ca să spunem aşa). Alimentele ultraprocesate reprezintă 58% din energia din dietă consumată în Statele Unite şi 90% din zahărul adăugat.

în cazul dietelor, există întotdeauna excepţii, ceea ce nu face decât să complice lucrurile. Majoritatea cerealelor ambalate pentru micul-dejun sunt alimente ultraprocesate, dar există unele care oferă o cantitate mare de cereale integrale şi fibre, precum şi micronutrienţi adăugaţi, cu doar o cantitate mică de zahăr adăugat. Unele
chipsuri de cartofi cumpărate din magazin constau pur şi simplu în cartofi, sare şi ulei, dar majoritatea oamenilor le-ar considera ultraprocesate, deoarece nu mulţi dispun de echipamentul necesar pentru a produce aceste tipuri de chipsuri acasă.

Alimentele ultraprocesate, cu excepţia unor cereale pentru micul-dejun, sunt de obicei incomplete din punct de vedere nutriţional – ele oferă combustibil, dar sunt lipsite de micronutrienţi. De asemenea, ele ne determină să consumăm mai multe calorii. într-un studiu în care subiecţilor li s- f au pregătit toate mesele într-o unitate de cercetare şi li s-a cerut să mănânce până când se vor simţi sătui, cei care au urmat o dietă cu alimente ultraprocesate au mâncat cu 500 de calorii în plus pe zi. Probabil că există o varietate de motive – aceste alimente sunt mai uşor de mestecat, lipsa fibrelor înseamnă o mai mică senzaţie de

J saţietate, modificări mai mari ale nivelurilor de glucoză şi insulină, iar zahărul, grăsimile şi sarea adăugate sunt pur şi simplu gustoase.

Alimentele ultraprocesate sunt asociate cu obezitatea abdominală, sindromul metabolic, diabetul de tip 2, hipertensiunea (tensiune arterială ridicată) şi bolile cardiovasculare. întrucât aceste afecţiuni

J sunt mai frecvente în timpul tranziţiei spre menopauză şi la postmenopauză, după creşterea aportului de fibre, eliminarea alimentelor ultraprocesate este probabil următoarea recomandare dietetică cea mai importantă.

Eliminarea alimentelor ultraprocesate în Statele Unite poate fi un privilegiu. Din cauza factorilor sociali determinanti ai sănătăţii şi J J ;
a rasismului structural, mulţi trăiesc în cartiere în care accesul la alimente proaspete este limitat. în plus, din cauza programului lung de lucru – adesea la mai multe locuri de muncă – pentru un trai mai bun, rămâne puţin timp pentru cumpărături şi pregătirea meselor. Alimentele mai sănătoase sunt adesea mai scumpe decât echivalentele lor ultraprocesate.

Câteva cuvinte despre grăsimi

Grăsimile sunt fie saturate, fie nesaturate, în funcţie de modul în care atomii de carbon se J
leagă de cei de hidrogen. Nu este necesar să înveţi această definiţie chimică; ideea de bază este că grăsimile saturate provin din produse de origine animală (gândeşte-te la carne, lactate şi păsări de curte) şi sunt de obicei solide la temperatura camerei. Grăsimile nesaturate provin din peşte, legume, nuci şi cereale. Există câteva excepţii (întotdeauna există excepţii în domeniul nutriţiei); de exemplu, uleiul de nucă de cocos este bogat în grăsimi saturate. Grăsimile nesaturate pot fi clasificate în continuare ca fiind mononesaturate şi pol ¡nesaturate – acestea din urmă sunt adesea numite PUFA, dar poate le cunoşti după denumirea lor comună, acizi graşi Omega-3 şi Omega-6.

Grăsimile alimentare sunt importante pentru calorii, îmbunătăţind absorbţia vitaminelor liposolubile, şi sunt totodată sunt elemente esenţiale importante pentru organism.

Excesul de grăsime este depozitat în celulele adipoase şi poate fi transformat ulterior în glucoză, dacă este necesar; acest proces se numeşte ketogeneză. După o masă, grăsimile

alimentare sunt descompuse în colesterol şi trigliceride (vezi capitolul 8). Dietele sărace în grăsimi nu s- au dovedit a avea beneficii pentru sănătate, dar nu toate grăsimile sunt create la fel. Cea mai mare parte a dovezilor sugerează că o dietă bogată în grăsimi saturate este asociată unui risc crescut de apariţie a bolilor cardiovasculare şi unor niveluri crescute de LDL (colesterolul rău). Grăsimile nesaturate – care se găsesc mai ales în uleiurile vegetale, nuci şi peşte – au efectul opus. Grăsimile trans, care sunt grăsimi modificate în cadrul unui proces industrial, sunt în general rele şi, în urma schimbărilor reglementărilor, ele nu ar trebui să se mai regăsească în alimentele comercializate în Statele Unite.

Acizii graşi Omega-3 merită o atenţie specială. Aceştia sunt acidul alfa-linolenic (ALA), acidul eicosapentaenoic (EPA) şi acidul docosahexaenoic (DHA). ALA se găseşte în seminţele de în (pentru a obţine ALA din seminţele de în, acestea trebuie
măcinate), nuci, boabe de soia, uleiuri de răpită şi ouă îmbogăţite cu Omega-3, dar DHA şi EPA se găsesc doar în peşte şi alte fructe de mare. Organismul nu poate produce ALA, aşa că acesta provine din alimentaţie. Putem transforma o parte din ALA în cantităţi mici de EPA şi DHA, deşi, de obicei, nu este suficient, aşa că şi ele trebuie să provină din alimentaţie. Acesta este probabil unul dintre motivele pentru care dietele bogate în peşte gras sunt asociate cu atât de multe rezultate pozitive, deoarece nu există alte surse alimentare de EPA şi DHA. Acizii graşi Omega-3 scad trigliceridele, ameliorează ateroscleroza şi pot scădea tensiunea arterială. Suplimentarea cu acizi graşi Omega-3 este adesea indicată femeilor aflate la postmenopauză (pentru informaţii suplimentare, vezi capitolul 22).

Principalul acid gras Omega-6 este acidul linoleic, care se găseşte în uleiurile vegetale, cum ar fi cele de porumb, de sofrănel şi din seminţe de în. Acizii graşi
II **I** **W I**
Omega-6 scad şi riscul de a face diabet şi sunt, de asemenea, sănătoşi pentru inimă, astfel încât eforturile de a creste cantitatea I
de acizi graşi Omega-3 nu ar trebui să se facă în detrimentul scăderii cantităţii de
I acizi graşi Omega-6.

Cofeina

Totul este în regulă. *Toate bune.*

Bine, aproape toate bune.

Poate că nu îmi împărtăşeşti dependenţa de cofeină, dar, ca un om de ştiinţă sârguincios, îmi declar de la bun început partizanatul. Ştiu că nu sunt singura; 85% dintre adultii din Statele Unite consumă
I
cofeină zilnic, iar cafeaua şi ceaiul sunt două dintre cele mai populare băuturi din întreaga lume. Cofeina poate fi găsită şi în boabele de cacao (ciocolată), în băuturile pentru sportivi şi în alte plante şi fructe de pădure.

în general, datele sunt liniştitoare – maximum cinci ceşti de cafea pe zi nu sunt dăunătoare şi par să fie asociate cu o reducere a tuturor cauzelor mortalităţii, cu o incidenţă redusă a bolilor de ficat, ale vezicii biliare şi a bolii Parkinson. De asemenea, cofeina poate reduce riscul de a face depresie, poate ameliora durerile de cap şi poate creşte atenţia. Cu toate acestea, unora le poate afecta somnul sau le poate induce stări de anxietate.

Intoxicaţia cu
J cofeină ar necesita între 75 şi 100 de căni consumate într-o perioadă scurtă, deci este puţin probabilă în cazul alimentelor şi al băuturilor; însă suplimentele de cofeină sunt o altă chestiune şi ar trebui evitate.

Există o singură avertizare legată de cafea – o substanţă chimică din cafea
J
numită cafestol poate creşte colesterolul. Nivelurile de cafestol sunt cele mai ridicate în cafeaua nefiltrată, cum ar fi cea obţinută la presa franceză, mai scăzute în espresso, iar cele mai scăzute niveluri sunt în cafeaua la filtru şi cea instant. Mai mult de sase ceşti de cafea nefiltrată sau espresso pe zi sunt
asociate unor niveluri mai ridicate de colesterol LDL, astfel încât femeile cu un LDL ridicat care beau multă cafea nefiltrată sau espresso ar putea trece la cafeaua preparată la filtru. Ca referinţă, eu beau patru până la cinci ceşti de espresso pe zi.

Alcoolul

Căutam pe Internet un studiu recent pe care nu mai ştiam unde îl citisem, aşa că am tastat pe Google „studiu nou privind alcoolul". Al doilea şi al treilea rezultat – de pe acelaşi site de ştiri despre sănătate – au fost următoarele:

„Consumul redus de alcool poate proteja funcţia creierului" şi „Chiar şi consumul de alcool cu risc scăzut poate fi nociv".

Pe bune?

Alcoolul poate afecta multe sisteme organice, având impact asupra calităţii somnului, a bufeurilor, a libidoului, a creierului şi a oaselor – acest lucru va fi abordat în capitolele relevante. Din punct de vedere al sănătăţii generale, alcoolul şi metaboliţii săi toxici pot afecta ficatul, inima, oasele şi stomacul. De asemenea, alcoolul joacă un rol important în producerea accidentelor de maşină, a altor accidente şi în omucideri. Consumul de alcool este asociat cu mai multe tipuri de cancer, cum ar fi de sân, esofagian şi hepatic.

Pot exista mai multe moduri în care alcoolul creşte riscul apariţiei cancerului mamar. Unii metaboliţi pot fi cancerigeni; alcoolul este asociat cu obezitatea, un factor de risc pentru cancerul de sân; alcoolul afectează capacitatea ficatului de a metaboliza estrogenul, crescând astfel nivelurile de estrogen din sânge, şi tot alcoolul afectează capacitatea ficatului de a produce proteina purtătoare SHBG (globulina de legare a hormonilor sexuali, aminteşte-ţi de mnemonica „Sunt Hoţi pe Bulevarde şi prin Ganguri" – vezi capitolul 3), astfel încât mai mult estrogen şi testosteron sunt nelegate şi libere să aibă impact asupra ţesuturilor.

în schimb, există date care corelează consumul redus de alcool, în special de vin roşu, cu un risc scăzut de producere a atacului de cord. Acest lucru este, desigur, frustrant, dar faptul că alcoolul are atât riscuri, cât şi beneficii este un bun exemplu al modului în care un singur aliment nu constituie o dietă. O cantitate mică de alcool, atunci când face parte dintr-un anumit tip de dietă, poate foarte bine să ofere beneficii, iar în alte contexte sau cantităţi, nu.

Pentru o femeie sănătoasă, care nu suferă de alcoolism sau de boli hepatice şi care nu are de gând să bea şi să conducă, o cantitate mai mică de 17 grame de alcool pe zi poate oferi unele beneficii pentru sănătate, ceea ce înseamnă că, per ansamblu, există un beneficiu net. în Statele Unite, asta înseamnă 350 de mililitri de bere obişnuită (5% alcool), 150 de mililitri de vin

(12% alcool) sau 50 de mililitri de alcool distilat (40% alcool) reprezintă 14 grame, ceea ce echivalează cu 1,75 unităţi. Aceste şapte până la nouă pahare de alcool pe săptămână ar trebui împărţite pe parcursul a cel puţin trei zile, nu consumate într-o singură seară.

Planurile alimentare şi menopauza

Ţinând cont de aceste sfaturi nutriţionale de bază, care sunt cele mai bune planuri alimentare pentru perioada menopauzei?

Cea mai sănătoasă dietă pentru menopauză este, de obicei, cea care este sănătoasă pentru inimă, deoarece bolile de inimă sunt cauza numărul unu de deces în rândul femeilor. în mod ideal, această dietă ar trebui să acorde o atenţie specială şi prevenirii osteoporozei, a bolii Alzheimer şi a cancerelor de sân şi endometrial.

Este uşor să culegi doar anumite date din studii şi să ţeşi o poveste convingătoare despre presupusa superioritate a unei diete faţă de alta, dar multe diete au atât plusuri, cât şi minusuri, iar în realitatea ştiinţei alimentare există o mulţime de „poate" şi „depinde". Există, de asemenea, contextul. De exemplu, cel mai bine este să limitezi grăsimile saturate la mai puţin de 10% din caloriile zilnice şi până la 5 sau 6% pentru o dietă sănătoasă pentru inimă.

Totuşi, dacă pierzi în greutate 25 de kilograme şi te menţii urmând o dietă săracă în carbohidraţi, dar bogată în grăsimi animale (care sunt grăsimi saturate), atunci această dietă este probabil sănătoasă pentru tine atâta timp cât trigliceridele şi LDL sunt în limite normale. Orice efect negativ asupra trigliceridelor şi LDL este compensat de beneficiile pentru sănătate ale pierderii în greutate. Această perspectivă este importantă.

Este important şi să ne amintim că suntem omnivori creativi. înainte ca migraţia şi imigraţia în masă să fie posibile, oamenii au prosperat datorită unor surse de hrană extrem de diverse, astfel încât se pare că avem o foarte mare adaptabilitate. Acest lucru înseamnă că există multe moduri de a mânca sănătos.

Există trei planuri de dietă care par a fi benefice pentru sănătatea inimii şi a creierului, precum şi pentru scăderea riscului de a face diabet, care reprezintă trei dintre cele mai mari probleme de sănătate pentru femei pe măsură ce îmbătrânesc. Dieta DASH (pentru împiedicarea hipertensiunii arteriale), dieta mediteraneeană (bazată pe dietele tradiţionale din Grecia, sudul Italiei şi alte regiuni din zona Mediteranei) şi dieta MIND (pentru încetinirea afecţiunilor neurodegenerative), care îmbină DASH cu cea mediteraneeană, punând accentul pe alimentele care s-au dovedit a fi neuroprotectoare sau sănătoase pentru creier. Toate cele trei diete se concentrează asupra consumului de carne slabă, peşte, cereale integrale, fructe şi legume şi ulei de
măsline, limitează consumul de sare, dulciuri şi elimină alimentele ultraprocesate şi băuturile îndulcite cu zahăr. Femeile interesate să afle mai multe despre aceste diete pot găsi informaţii de calitate pe paginile de internet ale American Heart Association (accesează heart.org) şi ale Naţional Institute on Aging (accesează nia.nih.gov/health). Vezi anexa B pentru un rezumat al acestor planuri alimentare.

Dietele pe bază de plante (vegetariene şi vegane) pot fi foarte sănătoase pentru inimă şi sunt opţiuni bune, dar vor necesita suplimentarea cu acizi graşi Omega-3 şi vitamina B12 şi, eventual, cu alţi micronutrienţi, cum ar fi fierul.

Nutriţia de precizie

Conceptul de nutriţie de precizie presupune elaborarea unor recomandări dietetice specifice pe baza unor factori individuali, de exemplu, caracteristicile genetice sau microbiomul (bacteriile din tractul intestinal). în teorie, acest lucru este interesant. Cu toate acestea, având în vedere calitatea generală inferioară a dietei americane – 38% dintre femeile cu vârste cuprinse între 40 şi 59 de ani şi 23% dintre femeile cu vârsta de 60 de ani şi mai mult consumă fast-food în fiecare zi –, în loc să se efectueze teste genetice şi de microbiom, ceva care probabil va fi accesibil şi practic doar celor cu un anumit status
socioeconomic, nu ar fi mai bine să cercetăm modalităţile de a pune în aplicare ceea ce ştim că funcţionează la scară mai largă? Adică mai puţină mâncare de tip fast- food, mai multe legume, mai multe fibre, eliminarea băuturilor îndulcite cu zahăr şi a sucurilor de fructe. în loc de o nutriţie de ***r*** precizie pentru un număr mic de persoane care şi-o permit, avem nevoie de o nutriţie bună pentru toţi.

DE RETINUT

*

- La baza unei alimentaţii sănătoase stau cerealele

I
integrale şi o varietate de legume şi fructe.

- Femeile ar trebui să consume 25 de grame de

fibre alimentare pe zi.

- Alimentele ultraprocesate sunt asociate multor

efecte negative asupra sănătăţii, aşa că reducerea consumului sau eliminarea lor poate fi foarte benefică.

- Peştele şi fructele de mare sunt singura sursă de

acizi graşi Omega-3 esenţiali.

- Dietele DASH, mediteraneeană şi MIND sunt trei

planuri excelente pentru sănătatea nutriţională generală la menopauză.

CAPITOLUL 22

„Menoceuticele"

Suplimentele şi menopauza

Aproape 60% dintre femeile adulte din Statele Unite iau cel puţin un supliment. Aceste produse sunt adesea luate din
motive legate de starea generală a sănătăţii sau de îngrijirea preventivă. Dar multe femei încearcă o varietate mare de astfel de produse în timpul tranziţiei lor spre menopauză şi în timpul postmenopauzei, în dorinţa de a-şi ameliora simptomele sau din cauza preocupărilor sau grijilor legate de menopauză – eu numesc acest din urmă grup de suplimente „menoceutice".

Am dedicat două capitole evoluţiei biologice, chimice şi financiare a tratamentelor hormonale ale menopauzei, asa că este corect să acord o atentie similară şi chestiunii suplimentelor. Fabricanţii acestor produse nu sunt nişte vraci locali care prepară cantităţi mici în bucătăriile lor, ci este vorba de o adevărată industrie. Şi ce mai industrie! în Statele

Unite, afacerile cu suplimente valorează peste 30 de miliarde de dolari pe an. Suplimentele sunt tot mai mult comercializate şi promovate ca produse pentru o stare de bine – ajungi la un stil de viaţă sănătos din exterior spre interior. Dar asocierea suplimentelor cu starea de

bine nu este cu nimic diferit de ce s-a întâmplat în anii 1950, când Premarinul a fost asociat glamourului. Adevărul crud este că marketingul stilului de viaţă funcţionează.

Sub umbrela suplimentelor se regăseşte o gamă largă de produse eliberate fără reţetă, cum ar fi vitaminele, mineralele, produsele vegetale, aminoacizii, hormonii, fitoestrogenii, uleiurile de peşte, probioticele, organe deshidratate de la animale şi suplimentele alimentare. Aceste produse sunt rareori studiate şi sunt în esenţă nereglementate.

în 1994, Statele Unite au adoptat Dietary Supplement Health and Education Act (DSHEA), care a eliminat multiple măsuri de protecţie pentru consumatori. De exemplu, companiile nu mai trebuie să dovedească faptul că produsul conţine ceea ce este menţionat pe etichetă. în consecinţă, se întâlnesc frecvent produse falsificate. Uneori, se întâmplă ca ingredientul principal să fie înlocuit cu un produs mai puţin costisitor, să nu existe niciun ingredient activ ori, în loc de un produs botanic, să fie vorba despre un medicament farmaceutic real.

De exemplu, un supliment de cohoş negru vândut ca fiind eficient împotriva bufeurilor ar putea conţine, printre altele, planta ilustrată pe flacon, estradiol (un hormon pe bază de reţetă), un antidepresiv sau un steroid artificial complet netestat. Ar putea fi chiar pudră de orez. Este o loterie, iar sansele nu sunt niciodată în favoarea
I
consumatorului. în 2015, procurorul general al statului New York a investigat produsele pe bază de plante vândute de GNC, Target, Walmart şi Walgreens: 80% dintre produse nu conţineau niciuna dintre plantele de pe etichete. Da, 80%! Un alt studiu efectuat în 2013 de University of Guelph a arătat că până la o treime dintre suplimente nu conţineau plantele declarate pe etichete. Imaginează-ţi ce indignare ar fi în rândul consumatorilor dacă am permite
companiilor să joace ruleta ingredientelor cu alte produse. Ce s-ar întâmpla dacă de fiecare dată când am deschide o conservă de fasole, ca să nu mai vorbim despre un flacon de antibiotice, ar fi un joc de tipul „Să fie sau să nu fie?". în cazul suplimentelor, motto-ul este cu adevărat „Atenţie, cumpărători!".

Răul produs de înlocuirea ingredientelor depăşeşte simpla cumpărare a unui produs farmaceutic sau a unei plante potenţial periculoase. Lipsa controlului calităţii înseamnă că suplimentele utilizate într-un studiu specific ar putea să nu fie omogene sau să conţină un compus complet diferit, ceea ce înseamnă că nici măcar nu este posibil să se ştie ce se testează cu adevărat. De asemenea, este posibil ca lotul furnizat pentru studiu să nu fie în concordanţă, din punct de vedere al ingredientelor, cu ceea ce cumpărăm din magazin. Există multe probleme legate de marile companii farmaceutice, dar cel puţin eu ştiu că fiecare pastilă, plasture sau cremă pe care o prescriu conţine doza declarată.

O altă problemă cu suplimentele în Statele Unite este lipsa testelor de siguranţă; se presupune că aceste produse sunt sigure, cu excepţia cazului în care agenţia Food and Drug Administration (FDA) primeşte dovezi că sunt nocive. Americanii plătesc un preţ mare pentru lipsa studiilor de siguranţă, deoarece suplimentele sunt motivul pentru care aproximativ 23 000 de persoane ajung la unitatea de primire a urgenţelor în fiecare an şi reprezintă o cauză din ce în ce mai frecventă a insuficienţei hepatice. Chiar şi atunci când FDA este sesizată, răspunsul este adesea o scrisoare de avertizare scrisă pe un ton temperat cu privire la retragerea produsului. Ce-i pasă unei industrii care valorează 30 de miliarde de dolari pe an de câteva atenţionări? Aceste produse sunt în mare parte netestate, astfel încât nu există o linie de cercetare şi dezvoltare care să le
I
încetinească, iar dacă un produs este retras de pe piaţă, un altul pare imediat uşor de găsit. Suplimentele sunt ca dinţii de rechin, apare întotdeauna altul în loc.

Reglementările privind publicitatea la suplimente sunt la fel de permisive. DSHEA permite afirmaţii vagi cu privire la părţile corpului şi la fiziologie, cunoscute sub numele de „afirmaţii privind structura/funcţia", atâta timp cât este inclus următorul avertisment:

Aceste declaraţii nu au fost evaluate
f
de Food and Drug Administration. Acest produs nu este destinat diagnosticării, tratării, vindecării sau prevenirii vreunei boli.

Un producător poate face publicitate în mod legal unui supliment care ajută la „menţinerea sănătăţii hormonale", care oferă „beneficii ovarelor" sau „îmbunătăţirea memoriei" fără să definească aceşti termeni
I
sau să furnizeze vreo dovadă de orice fel. Aceşti termeni cvasi-stiintifici sunt o formă
I **J** **J**
de marketing foarte eficientă. Cine nu vrea
să aibă ovare sănătoase sau o memorie mai bună?

Deloc surprinzător, industria suplimentelor a crescut semnificativ de când s-au relaxat reglementările. în 1994, existau aproximativ 4 000 de suplimente pe piaţa din Statele Unite, iar în 2012 erau 55 000. Chiar dacă publicitatea joacă un rol important, suplimentele sunt deseori recomandate de medici şi, la fel ca în cazul marilor companii farmaceutice, pot exista legături financiare. De exemplu, medicina naturistă pretinde că foloseşte puterea naturii pentru a ajuta organismul să se vindece singur. O mare parte din această vindecare se produce prin intermediul suplimentelor. în 2016, pe site-ul de ştiri *STAT* scria că lobbyul pentru creşterea numărului autorizaţiilor acordate medicilor
J
naturişti din mai multe state fusese puternic finanţat de producătorii de vitamine.

Nu există o bază de date care să facă legătura între furnizorii care primesc sprijin financiar din partea industriei suplimentelor, astfel încât este posibil să nu fie clar dacă un furnizor a fost plătit să posteze pe Instagram informaţii despre suplimente sau să vorbească despre acestea în cadrul unui eveniment. Medicii care vând suplimente în cabinetele lor primesc o cotă parte din vânzări, iar unii doctori şi medici naturişti îşi vând chiar propriile mărci de suplimente, ceea ce le creşte şi mai mult profitul din vânzarea acestor produse.

Vânzarea suplimentelor într-un cabinet medical, în special a suplimentelor de marcă, creează o dinamică de putere dezechilibrată care, cu siguranţă, nu este în favoarea niciunei femei. Cum îi spui unui doctor sau unui medic naturist, în timp ce te afli în cabinetul său, că nu vrei să cumperi formula lui specială? Prima regulă a lui Gunter în ceea ce priveşte informarea în domeniul sănătăţii este că nu poţi obţine informaţii de calitate din partea unei persoane care vinde acel produs, pentru că în mod cert este părtinitoare. La fel cum nu vei afla informaţii despre medicamentele pentru depresie de la compania care îţi vinde

antidepresivele, nu ar trebui să afli nici despre suplimente de la un medic care le vinde. Cel de la care afli informaţii ar putea fi ori un farmacist, ori medicul tău, dar, din punct de vedere etic, persoana respectivă nu poate fi şi una, şi alta.

lată ce declară American College of Obstretics and Gynecology despre ginecologi/obstetricieni şi vânzarea suplimentelor:

- Medicii obstetricieni şi ginecologii

nu ar trebui să vândă sau să promoveze substanţe sau dispozitive ca fiind terapeutice, fără o bază adecvată de dovezi privind beneficiile medicale.

- Obstetricienii şi ginecologi nu ar

trebui să îsi folosească influenta

9 *9*

profesională sau cadrul clinic

pentru a vinde sau a promova produse sau servicii nemedicale sau pentru a înscrie participanţi în scheme de marketing pe mai multe niveluri.

• Este descurajată vânzarea medicamentelor sau a dispozitivelor eliberate pe bază de retetă sau fără retetă direct către pacientele cabinetelor obstetricienilor şi ginecologilor, când există vânzători alternativi disponibili.

Este important să recunoaştem că teama şi confuzia din jurul estrogenilor care au rezultat în urma studiului Women's Health Iniţiative din 2002 au lăsat un gol pe care I- au umplut suplimentele, la fel şi hormonii bioidentici şi cei preparaţi în farmacii (discutaţi în capitolul 20). Existau mai puţine opţiuni nehormonale pentru simptomele menopauzei înainte de 2002, aşa că recurgerea la suplimente nu este surprinzătoare. Multe femei apelează la suplimente şi pentru că au fost respinse şi/sau private de drepturile lor de către sistemul medical. Dacă persoana care îţi recomandă suplimentele te ascultă şi îţi confirmă îngrijorările, de ce te-ai mai întoarce la un medic care ţi-a ignorat preocupările legate de bufeurile îngrozitoare sau menstruaţiile abundente care îţi pătează hainele, catalogându-le ca nefiind *chiar atât de rele?*

Suplimentele exploatează şi temerile legate de hormoni, pretinzând că sunt în mod inerent naturale, ceea ce este confundat cu siguranţa. Dar suplimentele nu sunt naturale. Cel mai natural lucru este să ne obţinem micronutrientii din alimente. Vitaminele şi mineralele sunt absorbite mult *9*

mai bine din alimentaţie, deoarece sunt combinate cu fibre şi alti factori care

9 *9*

îmbunătăţesc absorbţia. La fel ca în cazul

J **f**

estradiolului sau progesteronului, indiferent dacă ceva care se găseşte în natură este marketing, şi nu medicină, ceea ce contează este dacă produsul respectiv este indicat şi dacă este sigur şi eficient.

0 altă problemă cu suplimentele sunt studiile – atunci când acestea există, adică. La fel ca în cazul marilor companii farmaceutice, studiile finanţate de industrie indică aproape întotdeauna un efect benefic, deşi structura studiilor în cazul

9

suplimentelor este adesea necorespunzătoare. Un studiu de slabă calitate cu rezultate pozitive este complet nefolositor, deoarece din punct de vedere medical nu spune mare lucru. 0 analogie bună este încercarea de a identifica o persoană într-o lumină slabă şi de la distanţă. Răspunsul este, în cel mai bun caz, „Ei bine, s-ar putea să fie ea". Concluziile pur şi simplu nu sunt posibile.

Pentru a creşte confuzia şi mai mult, suplimentele sunt uneori indicate din punct de vedere medical. Câteva exemple notabile sunt acidul folie administrat înainte de concepţie şi în timpul sarcinii, vitamina D pentru persoanele care nu reuşesc să obţină suficientă prin alimentaţie şi prin expunerea la soare sau multivitaminele pentru persoanele care pot avea dificultăţi în absorbţia micronutrienţilor, cum ar fi femeile care au suferit o operaţie bariatrică (operaţie de slăbire). Este posibil ca unele persoane vegane şi vegetariene să aibă nevoie de suplimente de fier şi/sau vitamina B12, deoarece singura sursă a acestora sunt produsele de origine animală. Şi mai sunt şi titlurile de pe paginile de internet medicale accesate frecvent, cum ar fi cea de pe WebMD, „Aceste vitamine şi suplimente combat inflamaţia". Este o afirmaţie vagă, care nu înseamnă nimic din punct de vedere medical, dar care dă falsa impresie că aceste produse sunt utile.

Of.

Istoria semisecretă a femeilor, a medicinei, a meseriei de moaşă şi a plantelor

Multe suplimente pentru menopauză se leagă de credinţa că există reţete străvechi care erau cândva cunoscute pe scară largă şi eficiente, doar pentru a fi distruse ulterior de medicina patriarhală, de industria farmaceutică sau de ambele.

Există tendinţa de a da o notă exotică f

sau romanţată vastei literaturi de retete ale remediilor din textele antice egiptene, greceşti, persane, hinduse şi chinezeşti, dar majoritatea aveau la bază concepţii despre boli pe care azi le considerăm false. De exemplu, dacă o femeie din Egiptul antic avea dureri de ureche şi de maxilar, tratamentul era reprezentat de pesarele vaginale din plante şi de fumigaţie, în timp ce un medic contemporan probabil ar lua în considerare ca potenţială cauză o infecţie a urechii ori a sinusurilor sau un abces dentar, şi niciuna dintre acestea nu se tratează pe cale vaginală. Multe dintre terapiile greceşti antice destinate femeilor implicau substanţe despre care se credea că usucă, deoarece una dintre cauzele principale ale problemelor de sănătate ale femeilor era „umezeala". Ar fi incorect ca tratamentul oricărei femei pentru orice afecţiune să aibă la bază conceptul antic de umezeală excesivă. Există în cazul terapiilor antice o mulţime de alegeri care implică selectarea părţilor care sună acceptabil şi respingerea restului. Fumigaţia vaginală era o terapie în Grecia antică, redenumită de teoriile moderne de wellness drept aburire vaginală, dar în realitate multe retete erau revoltătoare. Un pui de câine sau un câine spintecat (varia în funcţie de afecţiune) umplut cu ierburi era adesea incinerat pentru a obţine aburul.

Ingredientele puteau fi alese şi pentru semnificaţia lor culturală sau religioasă, deoarece medicina reflecta frecvent lumea înconjurătoare. De exemplu, rodia era adesea recomandată în reţetele pentru avort, dar este şi fructul morţilorîn mitologia greacă. Este posibil şi ca multe ingrediente să fi fost costisitoare în mod intenţionat, poate că strămoşii noştri ştiau ceea ce ştim

I **III** **I**

noi astăzi – medicamentele scumpe au un efect placebo mai puternic. Aceasta este una

dintre explicaţiile faptului că secreţia glandelor olfactive ale castorilor *castoreum* – apărea în atât de multe terapii europene în Evul Mediu şi în Renaştere.

Remediile medicale occidentale din secolul al XVI-lea până la începutul secolului al XX-lea se bazau adesea pe credinţa eronată că lipsa menstruaţie! însemna acumularea unor umori periculoase, aşa că terapiile implicau adesea sângerările provocate sau administrarea de purgative (substanţe care provoacă vărsături sau diaree). 0 altă cauză fundamentală a preocupărilor legate de sănătatea feminină era aceea că femeile aveau un temperament prea fierbinte, aşa că remediile sudorifice – care provoacă transpiraţie – erau prescrise pentru o varietate de simptome. Opiul şi alcoolul apar în multe tratamente, iar din secolul al XlX-lea a început să fie recomandat şi canabisul, ba chiar a fost inclus în sfaturile a cel puţin unul dintre ginecologii-obstetricieni cei mai educaţi din secolul al XlX-lea pentru a tempera firea hipersexuală a femeilor aflate la menopauză.

Unii pretind că există terapii pe bază de plante pentru menopauză, care provin direct din medicina chineză antică, dar potrivit lui Charlotte Furth, autoarea volumului A *Flourishing Yin: Gender în China's Medical History: 960-1665,* diagnosticul modern al menopauzei a fost transferat în medicina tradiţională chineză din medicina secolului J
al XIX-lea. în medicina tradiţională chineză, menopauza nu era văzută altfel decât bătrâneţea şi, prin urmare, din punct de vedere istoric, nu există remedii specifice pentru simptomele pe care astăzi le asociem acesteia. Orice tratament din medicina tradiţională chineză recomandat
J
pentru menopauză este de fapt o reţetă din secolul al XlX-lea. Asta nu înseamnă că este rea sau bună; este doar important să îi înţelegem originile, căci unii sunt atraşi de aceste terapii deoarece cred, în mod eronat, că sunt străvechi sau cel puţin mult mai vechi decât sunt în realitate.

Având în vedere ceea ce ştim acum despre fitoestrogeni, mulţi s-au întrebat dacă nu cumva unele retete antice funcţionau f f
pentru că aveau în componenţă aceste substanţe vegetale care pot acţiona asemenea estrogenilor (vezi capitolul 19 pentru mai multe informaţii). Suplimentele moderne cu fitoestrogeni sunt, în cel mai bun caz, doar într-o mică măsură eficiente pentru o varietate de simptome legate de menopauză, iar aceste suplimente moderne conţin mult mai mulţi compuşi activi decât
ar putea spera cineva să obţină din reţetele antice, deci este puţin probabil.

Este posibil ca plantele folosite în reţetele antice să fi fost contaminate cu
J
micotoxine, substanţe produse de ciuperci cu efecte foarte puternice asemănătoare estrogenilor (vezi capitolul 19). Acest lucru ar însemna că terapia dădea rezultate nu pentru că reţeta era eficientă, ci mai degrabă pentru că exista un agent contaminant necunoscut. Micotoxinele estrogenice pot fi foarte puternice, astfel încât o cantitate minusculă ar putea avea, teoretic, un efect medicinal. Micotoxinele pot avea şi efecte grave asupra sănătăţii. De exemplu, ergotul este o micotoxină produsă de secara contaminată cu *Claviceps purpurea* şi poate cauza boli grave, travaliu prematur, avort şi chiar poate fi fatală. Ergotul este atât de puternic încât standardele europene permit doar o cantitate de 1 miligram per kilogram de cereale. Dacă un remediu străvechi funcţiona din cauza unei micotoxine, nu am dori să îl reproducem astăzi.

Multi oameni confundă insistenta mea
J f
de a dovedi dacă şi cum acţionează produsele botanice, precum şi siguranţa lor, cu o atitudine dispreţuitoare. Dar dacă este utilă din punct de vedere medical, planta are un efect fiziologic şi ar trebui să înţelegem care este acesta şi dacă produsul este sigur. Oare nu merită femeile acest lucru? Plantele pot fi mai periculoase decât produsele farmaceutice, aşa că de ce să insistăm asupra siguranţei medicamentelor şi să nu
extindem această cerinţă de siguranţă şi
J W f I
asupra plantelor? în plus, dacă o terapie se dovedeşte eficientă, putem folosi aceste cunoştinţe pentru a ajuta femeile. Pentru mine, studierea tuturor terapiilor, indiferent de sursă, este un act de feminism, deoarece femeile nu pot avea controlul asupra propriei sănătăţi decât dacă dispun de informaţii corecte.

Multe substanţe care se găsesc în natură şi care au fost folosite iniţial ca medicamente antice sau remedii populare au fost înglobate de medicină atunci când s- a dovedit că sunt utile. Medicii şi moaşele au făcut legătura între otrăvirea cu ergot şi avort, iar apoi cineva s-a întrebat dacă ergotul ar putea să declanşeze contracţii uterine după naştere pentru a opri hemoragia postpartum. Cunoştinţele transmise pe cale orală au condus la creşterea utilizării lui, iar relatările au ajuns treptat în literatura medicală. în cele din urmă, industria farmaceutică a luat aminte şi ergotul a fost purificat în doze sigure, cu efecte cunoscute şi, ca urmare, ergotamina este folosită şi astăzi în medicină. Scoarţa de salcie a devenit aspirină, iar opiul din maci a fost folosit timp de mii de ani, până când tehnologia a permis izolarea morfinei, permiţând o dozare standardizată şi îmbunătăţind astfel siguranţa. Astăzi, la fel ca în urmă cu sute de ani, medicina este în căutarea compuşilor activi din natură. Multe plante au fost cercetate şi abandonate pentru că nu exista un ingredient eficient sau, uneori, pentru că acel compus nu era sigur.

Cred că vracii din vechime făceau tot ce puteau în circumstanţele date. Să cerem dovezi ştiinţifice pentru a le oferi pacienţilor noştri terapii sigure şi eficiente nu înseamnă nimic altceva decât medicină. Nu mai acceptăm de mult concepţia hipocratică potrivit căreia corpul unei femei este prea umed, aşa că de ce nu am privi la fel de critic întreaga medicină istorică?

Suplimentele ca noi medicamente brevetate

Elixirele şi amestecurile brevetate există de mult timp. Iniţial, acestea erau numite *nostrum remedium,* adică „remediul nostru", în latină, devenind în cele din urmă cunoscute sub numele de poţiuni. Sintagma „medicament brevetat" provine de la produsele care se bucurau de apreciere din partea regalităţii şi care primeau ulterior aprobare sub forma unei scrisori regale sau a unui *brevet.* Acestea erau intens popularizate prin afirmaţii exagerate şi prin mărturii ale pacienţilor – exact ca multe suplimente din ziua de azi. Medicamentele brevetate erau populare în secolul al XlX-lea. Este de înţeles de ce femeile care se f apropiau de menopauză au apelat la ele, deoarece multe terapii medicale ale vremii erau în cel mai bun caz rudimentare şi ineficiente. Printre recomandările obişnuite
se numărau provocarea sângerărilor, aplicarea de lipitori pe vulvă, administrarea de

purgative, de soluţii sudorifice, sedative, mătrăgună şi injecţiile vaginale cu o soluţie de acetat de plumb. Chiar şi îndepărtarea ovarelor era recomandată, deşi mortalitatea în urma operaţiei era ridicată.

Publicitatea făcută medicamentelor brevetate se adresa în mod specific femeilor. Acelaşi produs era recomandat în mod obişnuit pentru aproape orice afecţiune medicală, de la prolaps uterin la infertilitate, la lipsa menstruaţiei (adesea un cod pentru sarcină şi, prin urmare, insinuarea că produsul ar putea induce avortul) şi la menopauză. Unele conţineau extract de busuiocul cerbilor, o plantă din familia mentei care mult timp a fost folosită ca abortiv. Este extrem de toxică şi nu trebuie

9 luată în nicio doză. Deşi poate induce contracţii uterine, efectele secundare sunt insuficienţa hepatică şi decesul. Alte ingrediente comune ale acestor elixire erau chinina, acidul boric şi uleiul de theobroma – pe care s-ar putea să îl cunoşti sub denumirea de unt de cacao.

Da, unele medicamente brevetate conţineau ciocolată.

J

Unul dintre cele mai de succes remedii brevetate a fost compusul vegetal al Lydiei Pinkham pentru afecţiunile specifice femeilor, care era destinat în mod special schimbărilor survenite în timpul vieţii sau menopauzei. Potrivit lui Rainey Horwitz, care a studiat în profunzime activitatea Lydiei
Pinkham şi compusul ei vegetal pentru *Embryo Project Enciclopedia* (merită citită), aceasta a inventat şi produs un amestec de alcool, rădăcini şi ierburi în bucătăria ei în 1873 în Lynn, Massachusetts. Pinkham a început la scară mică, dar pe măsură ce cererea a crescut, afacerea ei s-a extins. Produsul a fost puternic promovat ca fiind *un leac al femeilor pentru bolile femeilor.* Aparent, el putea:
să ofere o ameliorare rapidă şi să asigure o vindecare definitivă în toate cazurile de menstruaţie neregulată, leşin, dureri de cap, cloroză, tulburări de dispoziţie, dureri periodice puternice, ameţeli, palpitaţii, depresie, dureri de spate şi în acele zile monotone şi apatice în care simţi că nu eşti în stare de nimic.
9

Cloroza înseamnă anemie sau un nivel scăzut al hematiilor, tulburările de dispoziţie înseamnă o stare de spirit proastă şi bănuiesc că durerile periodice puternice erau crampe menstruale. Esenţa ginecologiei într-o sticluţă! Şi da, dacă ceva sună prea bine ca să fie adevărat, atunci chiar asa este. Acum ştim că toate aceste
9 *9*
afecţiuni sunt cauzate de procese biologice extrem de diferite şi că nu există un singur tratament pentru toate.
Fiecare flacon era însotit de o carte de J
80 de pagini gratuită despre sănătatea femeilor, intitulată *Lydia E. Pinkham's Private Textbook Upon Ailments Peculiar to Women.*
Femeile erau chiar încurajate să trimită întrebări la care Pinkham să răspundă şi primeau răspunsuri scrise de mână... Iar asta a continuat chiar şi la câţiva ani după moartea ei. Acest lucru a provocat un mic scandal, reprezentanţii mărcii Pinkham susţinând că nimeni nu sugerase vreodată că Pinkham însăsi ar fi scris toate
9
răspunsurile. Au existat şi cărţi poştale Pinkham (practic, nişte cartonaşe de schimb). Cum nimeni altcineva nu vorbea public despre sănătatea femeilor, bineînţeles că femeile i se adresau Lydiei Pinkham.
Reţeta originală a lui Pinkham includea cohoş negru, cruguliţă, iarbă-amară, rădăcină de iarba fluturilor şi seminţe de *9* *9*
schinduf. Cohoşul negru era, se pare, ingredientul pentru simptomele menopauzei. Reţeta conţinea alcool, deşi acest lucru nu a fost dezvăluit timp de mulţi ani. Produsul vegetal al lui Pinkham a fost testat în 1911, iar rezultatele au fost publicate în *British Medical Journal.* Avea un conţinut de 19,3% alcool, adică acelaşi ca majoritatea vinurilor de Porto, ca referinţă. (Ştiu, nu-i aşa?!) Nu a fost găsită nicio dovadă a prezenţei vreunei substanţe active. Deşi este posibil ca testele din acea vreme să nu fi fost capabile să detecteze un ingredient activ (în ceea ce mă priveşte, asta înseamnă că sunt generoasă cu Lydia), având în vedere reţeta şi metoda de extracţie a Lydiei Pinkham, este foarte probabil să nu fi existat niciun ingredient activ în afară de alcool.
M-am hotărât să încerc o versiune artizanală a tonicului lui Pinkham – ei bine, partea cu alcoolul. Am vrut să văd dacă 30 de mililitri (1 lingură) de alcool, reprezentând 19,3% din produs, administrat la fiecare patru ore – doza de ingredient presupus inactiv din preparatul vegetal al lui Pinkham – ar putea îmbunătăţi o zi mohorâtă şi lipsită de energie. Am ales un vin de Porto de bună calitate cu un conţinut J
de 19,5% alcool (uite, nu aveam de gând să beau un porto foarte prost înainte de cafea), între pandemia cu COVID-19 şi sezonul incendiilor din California, când pe cer era numai fum, am avut zile în care nu m-am simţit bună de nimic, aşa că, într-o dimineaţă de duminică, după ce m-am spălat pe dinţi, am început cu o doză de porto şi am continuat să mi-l administrez regulat până la culcare. De dragul ştiinţei, desigur! Să spunem doar că mi-a mai „luminat" puţin ziua, şi nu, nu îl recomand ca terapie. în mod clar exista un ingredient activ, doar că nu chiar aşa cum fusese promovat.
Suplimentele cu Omega-3
Importanţa acizilor graşi Omega-3 a fost discutată în capitolul 21. Un studiu clinic de amploare care a urmărit peste 13 000 de femei cu vârsta de 55 de ani sau mai mult a arătat că administrarea unui supliment de 1 gram de Omega-3 (marca Omacor, un supliment cu ulei de peşte) a redus atacurile
de cord cu 40% în cazul femeilor albe care aveau în alimentaţie mai puţin de o porţie şi jumătate de peşte pe săptămână şi cu 77% în cazul celor afro-americane, indiferent de consumul de peşte. în studiu s-a folosit Omacor deoarece este un produs eliberat pe bază de reţetă, aprobat de FDA, deci doza şi puritatea lui erau cunoscute. Există suplimente vegane cu Omega-3 fabricate din alge marine, deşi, dacă nu sunt eliberate pe bază de reţetă, conţinutul şi doza nu pot fi garantate. Efectele secundare ale consumului unei cantităţi de 1 gram de acizi graşi Omega-3 pe zi sunt rare, dar pot include o respiraţie urât mirositoare, arsuri la stomac, greaţă, diaree, dureri de cap şi uneori chiar şi transpiraţie urât mirositoare.

Dozele mai mari de acizi graşi Omega-3 eliberate pe bază de reţetă sunt utilizate pentru a trata trigliceridele ridicate – până la 4 grame pe zi. în aceste doze, acizii graşi pot scădea trigliceridele cu 20 până la 30%, dar pot afecta şi capacitatea de coagulare a sângelui şi pot interacţiona cu medicamentele anticoagulante. Aceste doze trebuie utilizate numai sub

supraveghere medicală.

Pentru multe femei, un supliment de Omega-3 de 1 gram pe zi este foarte indicat.

Vitamina B12

Vitamina B12 este importantă pentru producerea globulelor roşii din sânge, pentru funcţionarea sistemului nervos, precum şi pentru o varietate de procese metabolice şi pentru sinteza ADN-ului. Nivelurile scăzute sunt asociate cu multe simptome, inclusiv cu oboseala, depresia, iritabilitatea, aftele bucale şi furnicăturile la nivelul mâinilor şi picioarelor. Cantitatea zilnică recomandată de vitamina B12 este de 2,4 mcg – iar o porţie de 85 g de somon conţine mai mult de atât, iar o cană de lapte are 1,1 mcg. Vitamina B12 nu se găseşte în plante.

Absorbţia vitaminei B12 este un proces complicat, care devine mai puţin eficient odată cu vârsta. în consecinţă, aproximativ 20% dintre persoanele cu vârsta de minimum 60 de ani au carenţe. Femeile de J

peste 50 de ani şi cele care urmează o dietă vegană ar trebui să acorde o atenţie deosebită aportului de vitamina B12 şi să suplimenteze la nevoie. Multe alimente vegane sunt îmbogăţite cu vitamina B12, inclusiv mai multe tipuri de cereale pentru micul-dejun, drojdiile nutritive şi laptele vegetal, cum ar fi cel de soia. Unele medicamente, de exemplu, metformina pentru diabetul de tip 2 şi medicamentele pentru refluxul gastric, precum şi intervenţiile chirurgicale pentru pierderea în greutate pot diminua absorbţia vitaminei B12, aşa că şi în acest caz ar putea fi necesare suplimentele.

Injecţiile cu vitamina B12 au fost mult timp promovate ca un remediu miraculos pentru oboseală şi sunt populare în industria wellnessului. Lichidul este de un roşu aprins şi seamănă mai mult cu un elixir decât cu un medicament pe care îl administrăm la cabinet, dar femeile au nevoie de un medic, nu de un vraci. Când am participat la conferinţa „goop health" de la New York, am fost uimită să văd o coadă lungă de femei care îşi lăsau cu nerăbdare pantalonii în jos, expunându-şi partea superioară a feselor pentru ca un medic pe care nu îl mai întâlniseră niciodată să le facă o injecţie intramusculară de vitamina B12 de un roşu aprins – totul în numele wellnessului. Injecţiile cu vitamina B12 ar trebui să fie prescrise doar de către medic şi sunt indicate doar persoanelor care nu reuşesc să asimileze suficientă vitamina Bl 2 din suplimente.

Este fascinant cum injecţiile cu vitamina B12 sunt catalogate ca fiind naturale, stimulatoare pentru sistemul imunitar (nici vorbă de aşa ceva) şi benefice pentru sănătate, iar alte intervenţii sau medicamente, cum ar fi vaccinurile, poartă eticheta farmaceuticelor malefice. Acest lucru este uimitor mai ales în cazul vitaminei B12, deoarece injecţiile sunt fabricate de o companie farmaceutică şi conţin cantităţi mici de aluminiu, unul dintre ingredientele despre care anumite voci susţin în mod fals că fac vaccinurile nesigure sau anormale. Deşi cantitatea de aluminiu din B12 este mai mică decât cea din vaccinuri (cantităţile fiind sigure în ambele cazuri), oamenii nu se vaccinează o dată pe lună ani la rând.

Vitamina E

Vitamina E este un grup de compuşi solubili în grăsimi numiţi tocoferoli şi tocotrienoli. Aceşti compuşi sunt antioxidanti şi sunt j l J j ;

importanţi pentru sistemul imunitar şi pentru sănătatea inimii. Carenţa de vitamina E în

J

America de Nord este foarte rară. Acest nutrient se găseşte într-o varietate de alimente, inclusiv în legume cu frunze verzi, nuci, seminţe, uleiuri vegetale şi cereale îmbogăţite. Mai multe studii au evaluat suplimentele de vitamina E pentru îngrijirea preventivă a sănătăţii şi nu s-a demonstrat că ajută împotriva bolilor de inimă, a cancerului sau a declinului cognitiv odată cu îmbătrânirea. Ba chiar unele studii au generat îngrijorări cu privire la suplimentele de vitamina E, indicând un risc mic, dar crescut de deces în rândul celor care iau doze de 400 UI pe zi şi posibil chiar şi pentru cei care iau doar 150 UI pe zi.

Hormonii eliberaţi fără retetă

9 ***9***

Aparent, hormonii eliberaţi fără reţetă sunt disponibili pretutindeni, chiar şi pe Amazon. Evită-i! S-ar putea chiar să nici nu conţină hormoni, dar există multe alte motive pentru a-i evita, lată care sunt cele mai comune patru produse comercializate destinate femeilor aflate la menopauză:

* **CREMA CU PROGESTERON** HU S6 absoarbe bine (dacă se absoarbe

vreun pic) prin piele, deci este ineficientă chiar dacă produsul conţine progesteron. Dacă o femeie ia estrogen şi se bazează pe o cremă cu progesteron pentru a-şi proteja uterul, ea riscă să se îmbolnăvească de cancer endometrial. Acesta este, de fapt, unul dintre sfaturile mele despre cum să primeşti îndrumările proaste în privinţa menopauzei – dacă medicul îti recomandă J

progesteron aplicat local, ridică-te şi ieşi pe uşă.

* **ORICE PRODUS CARE PRETINDE CĂ** INCLUDE şi ESTROGEN. Cantitatea de estrogen contează în ceea ce priveşte riscul de formare a cheagurilor de sânge şi de apariţie a cancerului endometrial, aşa că produsele non-farmaceutice pot fi nesigure. Cu toate acestea, majoritatea produselor eliberate fără reţetă care pretind că sunt estrogeni sunt de fapt altceva. De exemplu, Life Extension vinde estrogen pentru femei. Descrierea este următoarea: *Acest supliment de estrogen pe bază de plante este conceput pentru a susţine metabolismul sănătos al estrogenilor şi pentru a combate neplăcerile comune cauzate de menopauză, cum ar fi bufeurile şi*

transpiraţiile nocturne. Normal că un supliment de estrogen pare să conţină estrogen, dar este de fapt un amestec de produse vegetale care sunt în mare parte ineficiente pentru simptomele menopauzei. Acesta este un bun exemplu (sau chiar un exemplu care te înfurie de-a dreptul, pentru că acest tip de etichetare nu ar trebui să fie permis) al modului în care etichetele pot fi înşelătoare.

DEHIDROEPIANDROSTERONUL SI SULFATUL DE

DEHIDROEPIANDROSTERON (DHEA ŞI DHEA-S) sunt produşi de glanda suprarenală şi de ovare, iar împreună, DHEA şi DHEA-S sunt cei mai răspândiţi hormoni steroizi din organism. Nivelurile scad cu aproximativ 2% pe an, dar în cazul unora dintre femei, acestea pot creşte temporar în timpul tranziţiei spre menopauză. DHEA şi DHEA-S sunt hormoni enigmatici, iar amploarea reală a funcţiei lor în organism nu este bine înţeleasă, dar se crede că au un efect asupra funcţiei cerebrale şi a inflamatiei.

J ; J

DHEA este şi una dintre etapele procesului prin care colesterolul se transformă în testosteron, estrogeni şi progesteron (vezi capitolul 3), de unde şi

recomandarea din partea unor medici să fie administrat la menopauză. Cel puţin 23 de studii au evaluat DHEA pentru o varietate de indicaţii legate de menopauză şi nu au fost găsite beneficii pentru funcţia sexuală, starea generală de sănătate, funcţia cognitivă sau beneficii legate de lipide sau de glicemie. Desigur, calitatea studiilor este slabă, dar pe baza acestor date nu există dovezi care să susţină administrarea de DHEA la femeile aflate în perioada de tranziţie spre menopauză sau în postmenopauză ori pentru probleme legate de dorinţă sexuală. DHEA-S este o terapie vaginală eficientă, pe bază de reţetă, pentru sindromul genito- urinar al menopauzei (SGM, vezi capitolul 13).

PREGNENOLONA. Un alt hormon precursor al procesului de transformare a colesterolului în progesteron/estradiol/testosteron (vezi anexa A). Există un mit conform căruia, în perioadele de stres, glanda suprarenală deturnează pregnenolona pentru a produce hormoni ai stresului, cum ar fi cortizolul, păcălind ovarele şi scăzând astfel nivelul de estradiol

şi progesteron. Este adesea denumit „furt de pregnenolonă". Nu există nicio dovadă a acestui lucru în literatura medicală, iar ipoteza nu este plauzibilă din punct de vedere biologic pe baza modului în care funcţionează f

organismul. Deşi este adevărat că stresul poate opri temporar menstruatia la unele femei şi că J I

factorii de stres cronic pot afecta funcţia de reproducere, acest lucru se datorează unor interacţiuni complexe care afectează semnalele hormonale şi nu are nimic de-a face cu faptul că ovarele au o cantitate insuficientă de pregnenolonă. Ipoteza falsă a furtului de pregnenolonă este adesea asociată cu un alt non- diagnostic: oboseala

suprarenală – ideea că stresul epuizează glanda suprarenală. Atunci când pacientelor li se pun aceste diagnostice false, nu înseamnă că nu au simptome, ci că au fost diagnosticate greşit. Renunţă la suplimentele de pregnenolonă şi ignoră pe oricine care îţi pune diagnosticul de furt de pregnenolonă sau de oboseală suprarenală.

Probioticele

Probioticele sunt microorganisme vii benefice pentru sănătate gazdei. Practic, sunt microorganisme care fac bine organismului uman. în anii 1990, probioticele erau noutatea în domeniul sănătăţii femeilor şi le recomandam pentru prevenirea infecţiilor vaginale şi pentru sănătatea vezicii urinare, dar acum sunt comercializate pentru o mare varietate de probleme şi afecţiuni medicale. în pofida efervescenţei provocate de probiotice, există puţine date ştiinţifice care să susţină

I J I f /

utilizarea lor pe scară largă în domeniul sănătăţii femeilor. Microbiomul gastrointestinal şi vaginal (comunităţile de bacterii) este complex, dinamic, iar puţinele date pe care le cunoaştem despre el sunt abia la început, astfel încât ideea că poate fi manipulat cu uşurinţă pentru a obţine doar beneficii cu ajutorul unei pastile probiotice este mai mult literatură stiintifico-fantastică

I f

decât ştiinţă. Cu toate acestea, există date care sugerează că probioticele pot contribui la prevenirea unui tip potenţial periculos de diaree asociată antibioticelor, numită enterocolită provocată de *Clostridium difficile.*

în cazul femeilor aflate la menopauză, probioticele sunt cel mai probabil recomandate pentru prevenirea infecţiilor tractului urinar sau ITU (infecţii ale vezicii urinare). Cele câteva studii care există sunt

slabe, iar o recenzie Cochrane din 2015 care a analizat întregul set de dovezi a condus la următoarele concluzii:

Nu a fost demonstrat niciun beneficiu semnificativ al probioticelor în comparaţie cu placebo sau cu inexistenţa unui tratament, dar nu poate fi exclus un beneficiu, deoarece datele au fost puţine şi au provenit din studii de mici dimensiuni, cu raportare metodologică slabă.

Există cercetări cu o tulpină numită *Lactobacillus crispatus,* bacteria benefică dominantă din vaginul multor femei, pentru reducerea recurenţei infecţiilor vaginale, cum ar fi vaginoza bacteriană. Adăugarea *Lactobacillus crispatus* la tratamentul standard pentru vaginoza bacteriană a redus riscul de recurentă de la 45 la 30%. Dacă studiile ulterioare cu această bacterie vor demonstra beneficiile pe termen lung, ea va reprezenta un adaos util, dar este clar că nu este un remediu pentru orice. Acest probiotic nu este în prezent disponibil fără reţetă. Există şi alte date privind probioticele şi sănătatea vaginală, dar ele sunt sub aşteptări.

Probioticele prezintă aceleaşi probleme de control al calităţii ca alte suplimente. Un studiu a arătat că 33% dintre probiotice conţineau mai puţine colonii de bacterii decât cele declarate pe etichetă, iar 42% dintre produsele testate erau etichetate greşit, ceea ce înseamnă că nu conţineau

bacteriile declarate sau includeau alte specii. în plus, aceste produse sunt de obicei destul de scumpe.

Alte suplimente

lată alte câteva suplimente care sunt destinate adesea femeilor aflate la menopauză:

* ANTIOXIDANTII sunt substanţe care pot preveni deteriorarea celulelor de către radicalii liberi, molecule instabile create în mod natural de către organism sau care se găsesc în mediul înconjurător (printre exemple se numără fumul de ţigară şi lumina soarelui). Câteva exemple sunt vitaminele E şi C, seleniul şi carotenoizii (pe care multi dintre noi îi cunoaştem ca fiind substanţe care dau pigmentul alimentelor, cum ar fi morcovii, dovleacul şi roşiile). Legumele şi fructele sunt surse excelente de antioxidanţi, dar nu există dovezi care să susţină utilizarea suplimentelor cu antioxidanţi la populaţia generală şi există unele date care sugerează existenţa unor riscuri (de exemplu, aşa cum s-a discutat anterior cu vitamina E). într-un studiu, femeile care au luat suplimente cu antioxidanţi în

timpul chimioterapie! pentru tratarea cancerului de sân au avut un risc crescut de recidivă a cancerului. Există cercetări în curs de desfăşurare privind terapia cu antioxidant! şi, până când vom avea date de calitate, în general este mai bine să se obţină antioxidant! din alimente.

BIOTINĂ este cunoscută şi sub numele de vitamina B7 şi este adesea recomandată pentru păr şi unghii, deşi nu există nicio dovadă că funcţionează în cazul persoanelor care nu au o carenţă de biotină. Este abundentă în majoritatea dietelor, iar unele surse bune sunt somonul, gălbenuşurile şi cartoful dulce. Este produsă chiar şi de bacteriile din intestin, astfel încât carenţa legată de dietă este neobişnuită la persoanele altminteri sănătoase. Multe suplimente conţin de 650 de ori mai multă biotină decât este necesară, deşi este o vitamină solubilă în apă, astfel încât surplusul devine pur şi simplu urină scumpă. Nivelurile

ridicate de biotină pot interfera cu mai multe teste de laborator, inclusiv cu nivelurile hormonale, cum ar fi FSH şi LH (vezi capitolul 3), testele tiroidiene, cortizolul, vitamina D şi troponina – un test care ajută la diagnosticarea atacurilor de cord.

- **EXTRACTUL DE CEAI VERDE.** Pare sănătos, nu-i aşa? La urma urmei, ceaiul verde este benefic pentru sănătate. Extractul de ceai verde este un extract din plantă, nu este ceai. Este asociat cu insuficienta hepatică, aşa că nu este recomandat.

• IODUL. Afecţiunile tiroidiene cresc pe măsură ce femeile îmbătrânesc, asa că iodul este adesea prezentat femeilor de peste 40 de ani ca un supliment necesar pentru a proteja atât glanda tiroidă, cât şi sistemul imunitar. Femeile adulte care nu sunt însărcinate au nevoie de 150 pg de iod pe zi, cantitatea din V2 linguriţă de sare de masă iodată. Lactatele, ouăle şi peştele sunt surse bune de iod alimentar. Funcţia principală a iodului este producerea de hormoni tiroidieni. El susţine doar sistemul imunitar, deoarece pentru un sistem imunitar sănătos ai nevoie de o glandă tiroidă funcţională. Administrarea excesivă de iod în cazul unei glande tiroide care funcţionează normal poate provoca, în mod paradoxal, hipotiroidism (funcţie tiroidiană scăzută). De fapt, endocrinologii recomandă doze mari de iod la femeile cu hipertiroidism (o glandă tiroidă hiperactivă) pentru a o „ameţi" şi a câştiga timp ca s-o trateze prin mijloace de durată mai lungă. Unele femei iau atât de mult iod fără reţetă prin intermediul suplimentelor, încât ajung să facă hipotiroidism. în astfel de situaţii, oamenilor le este greu adeseori să creadă că au fost induşi în eroare şi pot fi necesare mai multe vizite la cabinet pentru a-i convinge de contrariu. Există studii care asociază consumul excesiv de iod cu tiroidita autoimună şi cu cancerul tiroidian papilar.

* MULTIVITAMINELE au fost concepute pentru femeile de peste 50 de ani pentru a oferi sprijin din interior – nu te lăsa păcălită! Singurul lucru pe care trebuie să îl facem în acest caz este să ne dăm seama cum putem spulbera temerile femeilor pe măsură ce îmbătrânesc. Mai multe studii au abordat multivitaminele şi au descoperit că nu aduc niciun beneficiu femeilor altminteri sănătoase, iar unele date sugerează chiar că sunt dăunătoare. O teorie legată de răul pe care îl pot provoca este că antioxidanţii din suplimente protejează nu doar celulele sănătoase, ci şi pe cele canceroase. Pot exista şi alte mecanisme; de exemplu, unele vitamine şi minerale afectează capacitatea de absorbţie a altora, astfel încât dozele mari din intestin provenite de la o multivitamină pot afecta capacitatea de absorbţie a nutrienţilor importanţi din alimente. Deşi vitaminele hidrosolubile în exces sunt pur şi simplu eliminate prin urină (da, asa cum am menţionat mai sus cu biotina, se pare că multe vitamine fac pur şi simplu urina mai scumpă), vitaminele liposolubileîn exces sunt stocate în grăsimi, putându-se acumula şi reprezentând un pericol potenţial. Cu excepţia cazului în care o femeie a suferit o operaţie chirurgicală ca să slăbească sau are alte cauze care îi afectează capacitatea de asimilare a micronutrienţilor din alimente, multivitaminele nu sunt recomandate.

* VITAMINA A este de fapt un grup de compuşi cunoscuţi şi sub numele de retinoizi. Dozele de 10 000 UI pe zi sau mai mult sunt asociate unui risc crescut de osteoporoză. Carenţa de vitamina A este rară, însă mai multe suplimente destinate femeilor conţin adesea f 10 000 de unităti de vitamina A. Este vorba de un risc, şi nu de un beneficiu. Retinolul aplicat local şi vitamina A pe bază de reţetă sunt altă poveste, deoarece s-a demonstrat că aceste produse reduc aspectul ridurilor, pentru că promovează creşterea colagenului.

* **VITAMINELE B6 SI B12.** întâlnesc f deseori femei care iau această combinaţie, dar suplimentele de vitamina B6 combinate cu B12 sunt asociate unui risc crescut de apariţie a osteoporozei şi a fracturilor – într-un studiu, riscul producerii unei fracturi de şold a crescut cu 50%. Cu cât doza de vitamine este mai mare, cu atât creste şi riscul.

* CREMA DE IGNAME. Se profită de faptul că hormonii farmaceutici sunt produşi dintr-o substanţă care se găseşte în igname: diosgenina. Cu toate acestea, organismul nu poate transforma diosgenina sau alte substanţe din igname în hormoni, iar ignamele nu conţin hormoni sau substanţe cu f proprietăţi medicinale. Un magazin din apropierea locuinţei mele vinde o cremă din igname despre care se pretinde că ameliorează crampele, schimbările de dispoziţie, că oferă sprijin pentru glandele suprarenale şi echilibrează estrogenul şi progesteronul. Totul la preţul de 24,80 dolari borcanul. Sună exact ca un medicament brevetat, nu? Aşa cum era de aşteptat, un studiu privind o cremă locală de igname comparată cu un placebo nu a indicat niciun beneficiu. Aceste produse sunt o înşelătorie menită să te scuture de bani. Ignamele sunt alimente, nu medicamente.

Cum să te documentezi

„Menoceuticele" merită să fie monitorizate cu aceeaşi atentie ca medicamentele eliberate pe bază de reţetă. Acest lucru poate fi destul de dificil, având în vedere multe studii slabe, aşa că iată câteva întrebări pe care ai putea să ţi le pui şi lucruri pe care să le faci:

* **CUM MĂ POATE AJUTA ACEST PRODUS ÎNTR-UN MOD SEMNIFICATIV? Nu** accepta termeni vagi, cum ar fi „sprijin pentru ovare" sau „sprijin pentru glandele suprarenale"; solicită un rezultat preconizat şi precizie în ceea ce priveşte doza. De exemplu, 1 gram de acizi graşi Omega-3 pe zi reduce riscul de atac de cord.

* **FEREŞTE-TE DE PRODUSELE CARE PRETIND CĂ LE FAC PE TOATE.** Bufeurile, schimbările de dispoziţie, crampele, durerile de cap, de spate sunt afecţiuni medicale diferite şi ideea că există o terapie universală nu este plauzibilă biologic. Dacă un supliment pare prea bun ca să fie adevărat, atunci chiar aşa şi este (în plus, dacă chiar era bun, ar fi fost preluat de mult de marile companii farmaceutice).

* **CE SPUN ORGANIZAŢIILE MEDICALE PROFESIONALE DESPRE ACEST** SUPLIMENT? Mai exact, mă refer la North American Menopause Society (NAMS), Internaţional Menopause Society (IMS), American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) sau Society of Obstetricians and Gynecologysts of Canada (SOGC).

Introdu în motorul de căutare denumirea suplimentului sau a produsului şi apoi numele societăţii.

J

CE RECOMANDĂ BIROUL PENTRU SUPLIMENTE ALIMEN-TARE AL

INSTITUTULUI NAŢIONAL DE SĂNĂTATE? în Statele Unite te poţi informa de pe pagina ods.od.nih.gov.

CARE SUNT RISCURILE POTENŢIALE, INCLUSIV CELE FINANCIARE? Spre deosebire de medicamentele eliberate pe bază de reţetă, suplimentele nu au prospecte care să enumere efectele secundare, complicaţiile şi potenţialele interacţiuni cu medicamentele. Nu

J

presupune niciodată că un produs este inofensiv sau că nu interactionează cu un alt

J

medicament doar pentru că nu este un produs farmaceutic sau pentru că pe etichetă se afirmă că este natural. Naţional Center for Complementary and Integrative Health (nccih.nih.gov) este un loc bun din care să începi căutarea de informaţii privind siguranţa şi spune-i întotdeauna medicului dacă iei suplimente sau dacă intenţionezi să începi să iei. O altă resursă excelentă este

farmacistul. în ceea ce priveşte riscul financiar, preţul suplimentelor variază între 20 şi 90 de dolari pe lună sau mai mult. Pe termen lung, asta înseamnă foarte multi bani.

f

*** ÎMI POT SCHIMBA DIETA ASTFEL ÎNCÂT SĂ NU MAI AM NEVOIE DE SUPLIMENTE?** Poate că aceste schimbări nu sunt posibile în cazul unora, dar merită întotdeauna să încerci. Un dietetician autorizat sau un nutriţionist ar putea fi în măsură să te ajute, iar majoritatea pot face recomandări accesibile. în Statele Unite, acest lucru poate fi acoperit de asigurarea de sănătate (în ţările cu asistentă

\ **J** **J**

medicală universală poate fi gratuit), dar chiar şi pentru persoanele care trebuie să plătească pentru o consultaţie, probabil că merită pe termen lung, deoarece suplimentele pot costa între 20 şi 40 de dolari pe lună sau mai mult şi sunt oameni care ajung adesea să ia mai mult de unul. Costul unei singure vizite la un astfel de specialist ar putea să se amortizeze din renunţarea la

J

suplimente în mult mai puţin de un an.

- **PERSOANA CARE RECOMANDĂ PRODUSUL PROFITĂ DE PE URMA VÂNZĂRII?** Pentru a obţine informaţii

J **f**

imparţiale, discută cu un specialist din domeniul medical care nu profită de pe urma suplimentului.

- **PERSOANA CARE RECOMANDĂ ACEST SUPLIMENT FOLO-SESTE TERMENI PRECUM „FURT DE PREGNENOLONĂ" SAU „OBOSEALA SUPRARENALĂ"?** Dacă da, cere părerea altui specialist.
- **DACĂ IEI UN SUPLIMENT, CAUTĂ UNUL A CĂRUI PURITATE A FOST VERIFICATĂ DE O AGENŢIE INDEPENDENTĂ.** Caută *t* produse care poartă o siglă de aprobare din partea uneia dintre cele trei agenţii independente – NSF Internaţional, US Pharmacopeia (USP) sau ConsumerLab – care testează aceste produse pentru a le verifica puritatea. Acest lucru va reduce riscul ca un produs să fie falsificat şi reprezintă o garanţie că el conţine ceea ce este menţionat pe etichetă.

P.S. Mă aştept la o *mulţime* de mesaje injurioase pentru acest capitol.

DE RETINUT

t

- Suplimentele sunt o industrie nereglementată care valorează miliarde de dolari pe an, iar multe companii au legături financiare cu furnizorii şi influencerii care le recomandă f produsele.
- Cu excepţia acizilor graşi Omega-3 şi a vitaminei B12, majoritatea suplimentelor pentru femeile altminteri sănătoase, care nu au o deficienţă nutriţională, au date de susţinere slabe (vezi capitolul 11 pentru informaţii despre calciu şi vitamina D).
- Multe suplimente sunt falsificate; acest lucru le face dificil de studiat şi ridică probleme de siguranţă.
- Multivitaminele sunt recomandate doar femeilor care au o capacitate redusă de absorbţie a vitaminelor; alimentele rămăn cel mai bun şi mai natural mod de a obţine micronutrienti.
- Evită hormonii eliberaţi fără retetă.

CAPITOLUL 23

Contracepţia şi tranziţia spre menopauză

Prevenirea sarcinii şi controlul

I

menstruatiei

I

Femeile pot utiliza contracepţia în timpul tranziţiei spre menopauză din mai multe motive: pentru a nu rămâne gravide, pentru a tine sub control afecţiunile medicale care au I J precedat tranziţia spre menopauză (de exemplu, menstruaţiile dureroase sau durerile provocate de endometrioză) şi pentru a atenua simptomele supărătoare ale tranziţiei spre menopauză, cum ar fi menstruaţiile neregulate sau abundente. Trecerea în revistă a opţiunilor nu doar că le ajută pe femei să ia decizii bazate pe dovezi în timpul tranziţiei lor spre menopauză, ci cunoaşterea modului în care anumite contraceptive pot ajuta în timpul tranziţiei spre menopauză poate modifica alegerile pe care le fac femeile la vârsta de 30 de ani sau chiar mai devreme, deoarece planificarea menopauzei ar trebui să facă parte din discuţiile despre contracepţie.

Pe măsură ce femeile îmbătrânesc, este mai probabil ca ele să sufere de mai multe afecţiuni medicale care le cresc riscul

J

apariţiei complicaţiilor asociate anumitor forme de contracepţie hormonală. Principalele riscuri relevante pentru tranziţia spre menopauză vor fi discutate pe scurt, dar o prezentare completă a tuturor afecţiunilor medicale care au impact asupra siguranţei contracepţie! depăşeşte sfera de interes a acestei cărţi. Centers for Disease

J

Control and Prevention (CDC) şi Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) sunt resurse excelente pentru astfel de informaţii. Introdu „CDC" sau „OMS" şi „criterii medicale de eligibilitate pentru contracepţie" în motorul de căutare ales pentru a ajunge la pagina de

internet relevantă. Atât CDC, cât şi OMS au aplicaţii gratuite cu aceleaşi informaţii detaliate despre siguranţa contraceptivelor.

Chiar am nevoie de contracepţie la peste 40 de ani?

Femeile care nu prezintă riscul de a rămâne însărcinate nu au nevoie de contracepţie. Este vorba despre femeile care nu au parteneri bărbaţi, femeile care au parteneri bărbaţi, dar sunt abstinente din proprie iniţiativă sau din cauza anumitor

J

circumstanţe şi femeile care au parteneri bărbaţi, iar partenerul lor a făcut o vasectomie sau este un bărbat transsexual. Femeile care nu fac parte din aceste grupuri ar trebui să se gândească la ce ar putea însemna pentru ele să rămână însărcinate. Cu alte cuvinte, cât de mult nu îşi doresc să rămână însărcinate?

Fiecare femeie priveşte riscul de sarcină în mod diferit. Femeile care ar duce mai departe o sarcină neaşteptată ar trebui să ştie că, în cazul mamei, complicaţiile, inclusiv mortalitatea maternă, cresc odată cu vârsta, la fel şi riscul apariţiei malformaţiilor congenitale la copil. De exemplu, 1 din 20 sau 5% dintre toate sarcinile femeilor în vârstă de 45 de ani vor naşte copii cu sindromul Down. Femeile care nu doresc să ducă mai departe sarcina – indiferent de motiv – ar trebui să ia în considerare disponibilitatea şi costul avortului în zona în care locuiesc. La vârsta de 40 de ani, o femeie heterosexuală activă din punct de vedere sexual are aproximativ 5% sanse de a rămâne însărcinată la fiecare

ciclu menstrual. Au fost elaborate diferite modele pentru a încerca să se stabilească sansele de sarcină în funcţie de vârstă şi se estimează că la vârsta de 45 de ani, aproximativ 55% dintre femei nu mai sunt capabile să rămână însărcinate, la vârsta de 47 de ani, procentul este de 79%, iar la vârsta de 50 de ani este de 92%. Sarcinile fără reproducere asistată sunt neobişnuite peste vârsta de 45 de ani, dar se întâmplă, între 50 şi 55 de ani, sunt incredibil de rare. Cea mai în vârstă femeie care a conceput fără ajutorul tehnologiei reproductive este Dawn Brooke din Guernsey, Insulele Anglo- Normande, care avea 59 de ani când şi-a adus pe lume fiul în 1997.

Am îngrijit mai multe femei cu vârste cuprinse între 45 şi 50 de ani care credeau că cele trei luni fără menstruaţie reprezentau tranziţia lor spre menopauză, aşa că rezultatul pozitiv al testului de sarcină a fost complet neaşteptat. Sarcinile după vârsta de 45 de ani sunt mai frecvente în rândul femeilor care au avut deja mai mulţi copii, sugerând poate o fertilitate crescută în general. Există o veche zicală care spune că unele femei pot rămâne însărcinate şi numai dacă partenerul îşi desface cureaua de la pantaloni. Deşi este o hiperbolă, există în mod cert unele femei care, în lipsa unui cuvânt mai bun, par să fie extrem de fertile. Cu toate acestea, dacă o femeie a folosit anticoncepţionale toată viaţa, nu va şti dacă face parte din acel grup al celor extrem de fertile sau nu.

Contracepţia şi tranziţia spre menopauză: când te opreşti?

Nicio analiză de sânge sau ecografie nu îi poate spune unei femei că nu mai are nevoie de contracepţie. Unii medici sugerează testarea hormonului FSH (hormonul de stimulare foliculară, vezi capitolul 3), deoarece acesta este ridicat la menopauză. Aceşti medici consideră că un nivel de FSH >30 Ul/l măsurat în două ocazii diferite la cel puţin şase până la opt săptămâni distanţă şi la cel puţin 14 zile de la administrarea ultimei pastile anticoncepţionale/plasture/inel pentru

femeile care folosesc aceste metode înseamnă că nu mai este nevoie de contracepţie. Această abordare nu a fost niciodată testată în studii de amploare. Ovulaţia este neregulată în timpul tranziţiei spre menopauză, în special în intervalul de unu până la doi ani înainte de ultima menstruaţie, iar unele femei pot avea niveluri ale FSH specifice menopauzei timp de câteva luni şi apoi pot ovula în ciclul următor. Adică, o femeie poate avea un nivel ridicat al FSH la opt săptămâni distanţă, şi totuşi poate rămâne însărcinată. Cele mai multe societăţi medicale importante descurajează folosirea acestui test, având în vedere lipsa lui de fiabilitate.

Recomandările pentru întreruperea contracepţie! se bazează pe vârstă şi pe ultima menstruaţie. Pe perioada aşteptării

pentru a vedea dacă ultima menstruaţie a fost cu adevărat ultima, se recomandă contracepţia suplimentară:

* **FEMEILE SUB 50 DE ANI** Continuă

contracepţia cam doi ani de la ultima menstruaţie. Chiar dacă ***r***

menopauza este diagnosticată atunci când nu a mai avut loc o menstruaţie pe o perioadă de un an, manualele recomandă acest an în plus pentru siguranţă. Există şi alte motive medicale pentru care o femeie poate să nu aibă menstruaţie timp de doi ani, aşa că în special femeile cu vârsta de 40 de ani sau puţin peste această vârstă trebuie să fie sigure că lipsa menstruaţiei nu se datorează altei cauze decât menopauza.

* **FEMEILE DE 50 DE ANI SAU MAI MULT**

continuă contracepţia un an după ultima menstruaţie.

r

* **FEMEILE DE 55 ANI SAU MAI MULT**

întrerup contracepţia.

Aş vrea să pot spune că oprirea unei metode contraceptive un an sau doi pentru a începe Marea Aşteptare Menstruală este o strategie bună, dar cred că este nepotrivită pentru multe femei. Nu toate femeile care iau anticoncepţionale (sau folosesc plasturele sau inelul) vor să continue să facă acest lucru până la vârsta de 55 de ani dacă nu au nevoie de medicamente. Dozele de

estrogen sunt mai mari decât cele regăsite în tratamentul hormonal al menopauzei (THM), aşa că multe femei ar putea trece mai repede la THM dacă ar şti că nu mai au nevoie de contracepţie. Utilizarea prezervativelor timp de încă un an sau doi sau administrarea pilulei de a doua zi la cinci luni după ultima menstruaţie înseamnă cheltuieli suplimentare, inconveniente şi stres.

Nu am o opţiune mai bună; vreau doar să arăt cât de neplăcute sunt lucrurile.

Dispozitivele intrauterine hormonale (DIU)

Dispozitivele intrauterine hormonale (DIU) conţin levonorgestrel, care este un progestin (vezi capitolele 17 şi 18). Rata apariţiei sarcinii la pacientele care au un dispozitiv intrauterin cu levonorgestrel (DIU-LNG) este de 0,2 până la 0,3%, astfel încât aceste dispozitive reprezintă o opţiune excelentă pentru femeile care în mod cert nu doresc să rămână însărcinate. DIU cu progestine acţionează asupra mucusului utérin, făcând- I inospitalier pentru spermatozoizi – practic, ele creează un blocaj chimic al spermatozoizilor. Nu sunt abortive, ceea ce înseamnă că nu există dovezi că împiedică implantarea unui ovul fertilizat sau că perturbă o sarcină existentă.

în prezent, există patru tipuri de DIU hormonale disponibile (începând cu iulie 2020) în Statele Unite (vezi tabelul 8 de la pagina 453). Acestea variază în funcţie de cantitatea de levonorgestrel, de cantitatea eliberată în fiecare zi şi de durata contracepţiei. Două dintre aceste DIU pot fi utilizate dincolo de recomandările generale. Dacă dispozitivul Mirena este introdus la vârsta de 45 de ani sau mai târziu, este considerat eficient până la vârsta de 55 de ani, ceea ce îl face un DIU foarte popular în rândul femeilor aflate în perioada de tranziţie spre menopauză.

DIU hormonale reduc volumul sângerărilor menstruale din fiecare ciclu cu peste 75%, iar 30% dintre femei nu au menstruaţii, astfel încât acestea sunt adesea o alegere interesantă pentru femeile cu menstruaţii neregulate şi/sau abundente. DIU cu cea mai mică doză, Skyla, are cel mai mic impact asupra sângerărilor. Această reducere a sângerărilor/lipsa sângerărilor cu DIU-LNG este urmarea utilizării progestinului şi nu este dăunătoare. Dezavantajul este reprezentat de sângerările neregulate sau de sângerările uşoare timp de cel puţin 30 de zile în timpul primelor trei luni de la inserţie (50% dintre femei au sângerări neregulate timp de mai mult de 30 de zile). Acesta este un inconvenient (poţi distruge o mulţime de articole de lenjerie intimă dacă nu eşti pregătită), iar pentru femeile care consideră că una sau două luni de sângerări punctiforme sunt inacceptabile, DIU-LNG s- ar putea să nu fie cea mai bună opţiune. Alte beneficii ale acestor dispozitive includ reducerea crampelor menstruale, tratarea durerilor pelviene cauzate de endometrioză (o afecţiune în care, în cavitatea pelviană, cresc ţesuturi similare mucoasei uterine) şi reducerea riscului apariţiei atât a cancerului endometrial, cât şi a celui ovarian.

Mirena este dispozitivul care se remarcă cu adevărat. Nu numai că poate preveni sau trata problemele de sângerare, ci poate fi utilizat şi pentru protecţia endometrială în THM (vezi capitolul 18), făcând posibilă tranziţia de la contracepţie la THM fără probleme. Se poate începe administrarea de estrogen dacă simptomele, cum ar fi bufeurile, devin supărătoare sau când se ia decizia de a administra estrogen pentru a proteja pacienta împotriva osteoporozei. Femeilor care nu încep THM li se poate scoate DIU-ul când ajuns la vârsta de 55 de ani.

Complicaţiile majore ale DIU-LNG sunt rare. Riscul ca organismul să expulzeze DIU este între 2 şi 10%. Infecţia apare în 1,4 cazuri din 1 000 de inserţii (antibioticele nu scad riscul), iar riscul de perforare (ceea ce înseamnă că DIU trece prin uter în cavitatea abdominală şi reprezintă o complicaţie gravă) este <0,5%.

Există unele date care sugerează că DIU- LNG ar putea creşte uşor riscul apariţiei cancerului de sân, ceea ce înseamnă că la fiecare 7 690 de femei care folosesc această metodă, o femeie în plus va face cancer de sân. Un mic procent al femeilor pot prezenta efecte secundare precum
durerile de cap, greaţa, sensibilitatea sânilor şi chisturile ovariene.

DIU de cupru

Acest dispozitiv este foarte eficient, căci are o rată de eşec de 0,8%. Nu conţine hormoni şi funcţionează deoarece cuprul este toxic pentru spermatozoizi. Un singur DIU din cupru este disponibil în prezent în Statele Unite – ParaGuard sau Cu380A. Cu toate acestea, există mai multe DIU din cupru de diferite dimensiuni şi forme în multe alte ţări. Motivele pentru care Statele Unite au rămas atât de mult în urmă în ceea ce priveşte dispozitivele intrauterine din cupru ar putea fi expuse într-un capitol întreg într-o altă carte, poate în *Ghidul ginecologic al lui Gunter,* care ar putea apărea în viitor. La fel ca DIU-LNG, DIU din cupru reduce şi el riscul apariţiei cancerului ovarian.

Paraguard este aprobat pentru o perioadă de zece ani, dar dacă este introdus la vârsta de 35 de ani sau mai târziu, se poate conta pe el pentru contracepţie până la menopauză. Mai multe alte DIU din cupru sunt eficiente şi după data-limită până la care sunt aprobate. DIU din cupru nu afectează ciclul menstrual, astfel încât femeile pot folosi ciclul menstrual pentru a stabili când sunt la postmenopauză. Cu excepţia cazului în care există alte probleme, cel mai bine este ca dispozitivul să se lase în
corp până când femeia depăşeşte vârsta de 50 de ani şi nu mai are menstruaţie un an.

I **f**

Există un singur dezavantaj în cazul DIU din cupru – posibilitatea unor menstruaţii mai abundente. Nicio femeie nu ar spune vreodată „Aş dori menstruaţii mai abundente, vă rog!". Nu toate femeile au menstruaţii abundente şi, dacă au, ele pot fi adesea ţinute sub control (vezi capitolul 10 pentru informaţii suplimentare), dar este un aspect demn de luat în considerare în cazul femeilor care au deja menstruaţii abundente, deoarece acestea nu se vor ameliora odată cu inserarea unui DIU de cupru. La fel ca în cazul DIU-LNG, există riscul de a avea dureri la inserţie, precum şi riscul scăzut de expulzare, de infecţie şi de rănire a uterului la inserţie.

J

Un DIU pare o idee bună, dar inserarea lui nu doare foarte mult?

Rezultatul mediu al durerii la inserarea DIU este de 5 pe o scară de 10 puncte (unde 0 înseamnă nicio durere, iar 10 este cea mai mare durere imaginabilă). Multe femei compară inserarea unui DIU cu durerea menstruală – acest lucru nu trebuie folosit pentru a minimiza durerea resimţită la inserare, deoarece multe femei au dureri însemnate când au crampe menstruale. Femeile care sunt îngrijorate că durerea va fi puternică, care nu au fost însărcinate anterior sau care au menstruaţii dureroase

J

sunt mai susceptibile de a simţi mai multă durere la inserarea DIU. Datele mai vechi sugerau că inserarea dispozitivului Mirena era puţin mai dureroasă decât cea a dispozitivului din cupru din cauza faptului că tubul de inserţie Mirena avea un diametru

J

uşor mai mare decât Paraguard – 4,8 mm faţă de 4,39 mm. Cu toate acestea, Mirena are acum diametrul de 4,4 mm, astfel încât acest lucru nu mai pare a fi o problemă.

Durerea la inserarea unui DIU poate fi cauzată de mai multe lucruri, inclusiv de speculum (instrumentul introdus pe cale vaginală pentru a menţine pereţii vaginului despărţiţi, astfel încât colul uterin să fie vizibil), de un instrument care poate fi necesar pentru a stabiliza colul uterin, de dilatarea colului uterin pentru a introduce DIU şi de crampele din uter în timp ce DIU este amplasat. S-au făcut multe cercetări privind medicamentele şi procedurile menite să reducă această durere şi, din păcate, au fost încercate multe lucruri, dar nimic nu a avut un succes notabil. Acest lucru se întâmplă probabil pentru că există mai multe surse diferite de durere şi nu există o

I

modalitate uşoară de a trata durerea I

provocată de stimularea colului uterin şi a uterului. Este şi motivul pentru care nu există o soluţie uşoară de ameliorare a durerii în timpul travaliului. Există o concepţie comună conform căreia, dacă bărbaţilor li s-ar putea insera un DIU, ar avea nevoie de un anestezic general în sala de operaţie, dar o procedură comparabilă
pentru un bărbat este o cistoscopie (examinarea vezicii urinare cu ajutorul unui tub rigid), iar această procedură este efectuată în clinică, fără spitalizare, similar celei prin care se inserează unui DIU. Acest lucru nu înseamnă că este acceptabil ca femeile să fie supuse unor proceduri dureroase doar pentru că şi bărbaţii pot avea parte de experienţe similare, ci mai degrabă vreau să subliniez faptul că, pentru această procedură comparabilă, nici în cazul bărbaţilor nu există soluţii mai bune de
J J
ameliorare a durerii decât există pentru femei.
Cel mai bine este să discuţi cu medicul J
tău despre durere înainte de procedură, astfel încât să ştii la ce să te aştept! şi să existe un plan. Deoarece anticiparea durerii poate creşte durerea, respiră adânc de câteva ori, spune-ţi câteva afirmaţii şi reaminteşte-ţi că, dacă rezultatul mediu al durerii este 5, înseamnă că 50% dintre femei au rezultate ale durerii de 5 sau mai mici şi că majoritatea femeilor care au un DIU ar recomanda unei prietene să folosească şi ea unul. Medicamentele pentru durere administrate pe cale orală cu aproximativ 30 de minute înainte de procedură pot ajuta unele femei. S-au încercat diverse medicamente anestezice pentru colul uterin, care le-ar putea ajuta puţin pe unele femei, dar rezultatele acestor studii nu sunt convingătoare. O altă opţiune este sedarea, adică medicaţia intravenoasă pentru a reduce durerea. La urma urmei, nu degeaba
există anestezia modernă. Acest lucru măreşte costurile procedurii pentru multe femei, diminuează confortul, deoarece sedarea necesită o cameră specială şi echipament de monitorizare sau, eventual, chiar o sală de operaţie, iar anestezia prezintă un oarecare risc, chiar dacă foarte mic, de apariţie a complicaţiilor, dar pentru unele femei aceasta poate fi cea mai bună opţiune. Fiecare persoană are un raport risc-beneficiu diferit, adică gradul de durere pe care îl poate tolera comparativ cu inconvenientul de a avea nevoie de cineva care să o conducă acasă după o anestezie făcută pentru inserarea unui DIU. Nu este nimic în neregulă în a avea nevoie de un control mai bun al durerii.

Fiecare persoană ştie cel mai bine cât de mult are nevoie să îsi controleze durerea.
I
Existenţa mai multor opţiuni permite o alegere mai informată. Problema este că un control mai mare al durerii poate însemna costuri mai mari şi, din nefericire, multor femei nu li se oferă aceste opţiuni.
Contracepţia hormonală combinată
Este denumită în mod obişnuit „Pilula". Contracepţia hormonală combinată
înseamnă un estrogen, de obicei etinilestradiol, luat *împreună* cu un progestin. Este disponibilă sub formă de pilulă, de plasture sau de inel vaginal şi acţionează
prin susţinerea ovulaţiei şi prin faptul că face mucusul cervical ostil.

Anticoncepţionalele cu conţinut de estrogen au între 10 şi 35 mcg de etinilestradiol per pilulă. în trecut, anticoncepţionalele conţineau 50 mcg, dar acestea nu mai sunt de uz general. în prezent, există un tip de anticoncepţionale care conţin valerat de estradiol. Există mai
J
mulţi progestogeni diferiţi în uz şi, cu excepţia desogesterelului (vezi în continuare), toţi sunt foarte asemănători. Plasturele şi inelul conţin etinilestradiol, dar plasturele are progestinul norelgestromin, iar inelul are progestinul etonogestrel.

Nivelul tipic de eşec în cazul contracepţiei hormonale combinate la femeile cu vârsta mai mică de 45 de ani este de 9%, dar este de 0,3% atunci când este folosită exact conform instrucţiunilor.
J
Această diferenţă între utilizarea tipică şi cea ideală reflectă faptul că a ţine minte să iei o pastilă în fiecare zi sau să schimbi un plasture ori un inel poate fi dificil pentru o mulţime de persoane (chiar şi pentru unii obstetricieni/ginecologi). în timpul tranziţiei spre menopauză, rata de eşec a acestor metode scade pe măsură ce scade fertilitatea. Practic, dacă o femeie de 47 de ani omite două pilule, este mult mai puţin probabil să ovuleze în timpul acelei ferestre decât o tânără de 27 de ani.

Contracepţia combinată are unele avantaje clare în timpul tranziţiei spre menopauză:

- **CONTROLUL SÂNGERĂRILOR ANORMALE:**

Reglarea menstruaţiilor şi reducerea cantităţii de sânge menstrual. Medicamentul poate fi utilizat în mod continuu, ceea ce înseamnă că nu există placebo sau săptămâni de întrerupere, iar menstruatia multor femei va fi complet oprită. Acest lucru nu este dăunător, ci înseamnă că mucoasa uterului este subţire din cauza hormonilor şi, deoarece nu există întreruperea unui progestogen, nu apare niciun factor declanşator al sângerărilor.

* **PREVENIREA SIMPTOMELOR** MENOPAUZEI: se produce prin intermediul estrogenului.

- PROTECŢIA OASELOR: Estrogenul întârzie pierderea de ţesut osos legată de menopauză şi poate fi de ajutor pentru femeile cu risc mai mare de a face osteoporoză.

* **REDUCE** RATA CANCERULUI OVARIAN ŞI A
CANCERULUI ENDOMETRIAL: Este în mod cert un câştig.

Există unele riscuri legate de contracepţia combinată, iar multe dintre ele cresc odată cu vârsta, aşa că este important să te asiguri că aceste medicamente sunt adecvate în cazul tău:

- **EFECTELE CARDIOVASCULARE:**

Estrogenul creşte riscul de formare a cheagurilor de sânge, de accident vascular cerebral şi de
9 atac de cord (vezi figura 20). Printre factorii care cresc riscul acestor complicaţii se numără vârsta, fumatul, hipertensiunea arterială şi antecedentele de
9
migrene. Femeile care nu fumează şi care nu au afecţiuni care le
9 *9*
cresc riscul de accident vascular cerebral sau atac de cord pot folosi, în general, contracepţia hormonală combinată până la vârsta de 50 sau 55 de ani.

* DEPRESIA: Au existat destul de multe
cercetări în acest domeniu, astfel încât îngrijorările exprimate de femei au fost evaluate. Cel mai amplu studiu privind depresia şi contracepţia hormonală, realizat în 2016, a sugerat

o mică legătură între administrarea
anticoncepţionalelor şi apariţia depresiei la adolescente (un caz în plus de depresie la fiecare 200 de adolescente cărora li s-au prescris anticoncepţionale, pentru că adolescentele se confruntă şi cu *9*
un risc mai mare de depresie postpartum), dar nu a existat niciun impact al contracepţie! hormonale asupra depresiei la
pacientele adulte. Unele studii au arătat chiar că contracepţia hormonală îmbunătăţeşte starea J *9*
de spirit. Este important să recunoaştem că unele femei *9*
relatează o schimbare a stării de spirit în timpul tratamentului cu anticoncepţionale, dar nu se ştie dacă există un grup mic care este deosebit de vulnerabil, dacă asocierea negativă a stării de spirit şi a contracepţiei reprezintă o deformare a memoriei (să priveşti în urmă şi să încerci să faci legătura între ceea ce se întâmplă şi un anumit proces) sau dacă unele femei au şi alti factori
9 *9*
de risc pentru depresie care sunt asociaţi cu începerea tratamentului cu
anticoncepţionale, dar care nu sunt provocaţi de acestea (de exemplu, tranziţia spre menopauză, acneea sau un nou partener sexual). Antecedentele de depresie sau faptul de a lua antidepresive nu reprezintă o contraindicaţie pentru a începe administrarea anticoncepţionalelor, dar dacă o femeie observă schimbări îngrijorătoare ale stării sale de spirit, atunci, evident, trebuie să discute acest lucru cu medicii.

- CANCERUL DE SÂN: Există unele date

care sugerează o creştere foarte mică a riscului pentru femeile care sunt în prezent utilizatoare de contracepţie hormonală
combinată, dar multe dintre aceste studii au o serie de limitări, în general, riscul de apariţie a cancerului de sân este de cel mult un caz în plus la fiecare 7 690 de femei (la fel ca în cazul DIU hormonal). Femeile care au avut cancer de sân nu ar trebui să utilizeze nicio formă de contracepţie hormonală.

Alte sfaturi despre contracepţia hormonală combinată:

* **ÎNCEARCĂ CEA MAI MICĂ DOZĂ EFICIENTĂ**

DE ESTROGEN: Deşi nu există date
9
fiabile care să sugereze că o pilulă care conţine 10-20 mcg de estrogen este mai sigură decât una de 35 mcg, multe femei preferă să ia cea mai mică doză atunci când este posibil. Deoarece recomandarea pentru THM este de a lua cea mai mică doză, pare logic să aplicăm acelaşi principiu şi în cazul estrogenului din contracepţie. Există o singură
doză în cazul plasturelui şi inelului.

	RISCUL FORMĂRII CHEAGURILOR DE SÂNGE*
Risc de referinţă 1	1-5/10 000 femei pe an
Terapia orală MHT	8-9/10 000 femei pe an
Contracepţie care conţine estrogeni	3-15/10 000 femei pe an
Sarcină	5-20/10 000 femei per sarcină
Postpartum	40-65/10 000 femei la fiecare 12 săptămâni

* Pe măsură ce riscul creşte treptat în timp, femeile cu vârste cuprinse între 40 şi 45 de ani se află de obicei la capătul superior al fiecărei categorii de risc.

Figura 20: Riscul de formare a cheagurilor de sânge în cazul contracepţiei hormonale, al THM şi al sarcinii

- **BUFEURI ÎN TIMPUL SĂPTĂMÂNII ÎN CARE SE IAU PILULE PLACEBO:** la pilula în fiecare zi, astfel încât să nu existe un interval fără hormoni.

* **MINIMIZEAZĂ RISCURILE DE FORMARE A**

CHEAGURILOR DE SÂNGE: Unele date sugerează că aceste riscuri pot fi uşor mai mari în cazul *9*
anticoncepţionalelor care conţin hormonul drospirenonă şi al plasturelui. Atunci când nu există niciun motiv necesar pentru folosirea acestor produse, poate fi mai bine să le eviţi.

- **ANTICONCEPŢIONALELE NU CAUZEAZĂ**

J
CREŞTEREA ÎN GREUTATE: Acesta
f
este un mit destul de răspândit şi le poate determina pe unele femei să respingă această metodă, dar există multiple studii care nu au găsit nicio legătură. Femeile care iau anticoncepţionale au fost comparate cu cele care au ales un DIU din cupru, iar creşterea în greutate a fost mică, dar egală în ambele grupuri. Cum şi femeile care au ales un DIU de cupru au luat la fel de mult în greutate, cauza nu puteau fi hormonii. Este posibil ca o cauză a creşterii în greutate să fie schimbările din viata de zi cu zi care le determină pe femei să aleagă contracepţia, cum ar fi o schimbare în relaţie.

Anticoncepţionalele care conţin doar progestin

Aceste anticoncepţionale conţin doar un progestin, astfel încât nu cresc tensiunea arterială şi nu prezintă riscul uşor crescut de formare a cheagurilor de sânge, de accident vascular cerebral şi de atac de cord observat *9*
în cazul anticoncepţionalelor care conţin estrogen. Există un singur tip de anticoncepţionale care conţin doar un progestin (AP) pe piaţa din Statele Unite şi
Canada (începând cu iulie 2020), iar acestea au în compoziţie noretindronă.

Spre deosebire de anticoncepţionalele orale combinate, mecanismul principal de acţiune

este mucusul cervical ostil, la fel ca în cazul DIU cu progestin (mucusul cervical ostil ar fi un nume grozav pentru o trupă punk). Aproximativ 40% dintre ciclurile care au loc atunci când se administrează anticoncepţionalele cu noretindronă sunt ovulatorii.

Rata tipică de eşec a anticoncepţionalelor care conţin numai un progestin este de 9%, dar rata de eşec este <1% în cazul femeilor de peste 40 de ani, probabil din cauza scăderii fertilităţii.

Anticoncepţionalele care conţin un progestin au o marjă de eroare mică; de exemplu, acestea trebuie luate în interval de trei ore fată de aceeaşi oră în fiecare zi
J *9*
pentru o eficacitate optimă. Scăderea fertilităţii odată cu vârsta oferă probabil o protecţie suplimentară. Există un AP mai nou disponibil în Europa şi în alte ţări, care conţine progestinul desogestrel. Un nume de marcă este Cerazette. Avantajul acestei formule este că are o fereastră de 12 ore pentru administrarea pilulei în fiecare zi şi este eficientă în blocarea ovulaţiei, reducând rata de eşec.
9

AP este în general foarte sigur, deşi, pentru unele femei cu boli cardiovasculare sau cu antecedente de accident vascular cerebral, riscurile pot depăşi beneficiile,
astfel încât, dacă aceste afecţiuni sunt prezente, pentru a stabili dacă un AP este sigur, este necesară consultarea unui medic. Nu există o limită de vârstă specifică pentru anticoncepţionalele care conţin doar un progestin, astfel încât acestea sunt o alegere potrivită pentru femeile care preferă anticoncepţionalele orale, dar pentru care estrogenul este contraindicat.

La administrarea AP, pot apărea unele simptome ale menopauzei, cum ar fi bufeurile, dar uneori progestinele pot ajuta, astfel încât imaginea de ansamblu poate fi derutantă. AP poate fi util în cazul menstruaţiilor abundente sau neregulate din timpul tranziţiei spre menopauză, dar, în general, este mai puţin eficient în controlul menstruatiei decât soluţiile care conţin şi
f **/** **/I**
estrogen.

Contracepţia hormonală injectabilă

Acetatul de medroxiprogesteron depozit sau DMPA este un progestin cunoscut şi sub numele de marcă DepoProvera. Este un contraceptiv injectabil administrat la fiecare 12 săptămâni, cu o rată de apariţie a sarcinii de 3%. DMPA poate fi un tratament eficient pentru sângerările menstruale abundente, deoarece 50% dintre femeile care îl folosesc timp de un an sau mai mult nu mai au menstruaţii. Cu toate acestea, o problemă cu DMPA pe măsură ce femeile îmbătrânesc este un potenţial efect asupra densităţii
osoase, iar în Statele Unite, prospectul produsului conţine un avertisment de tip casetă, care precizează că utilizarea prelungită este asociată cu o reducere a densităţii osoase care poate să nu fie complet reversibilă. Avertismentul precizează şi că DMPA trebuie utilizat pentru o perioadă mai mare de doi ani numai în cazul în care nu există o altă formă de contracepţie adecvată. Acest lucru are la bază un studiu restrâns privitor la adolescente şi sănătatea oaselor.
9

OMS a revizuit datele privind DMPA şi densitatea osoasă şi a conchis că nu ar
9
trebui să existe restricţii pentru femeile cu vârste cuprinse între 18 şi 45 de ani. La vârsta de 45 de ani sau mai mult, se consideră că beneficiile DMPA depăşesc riscul potenţial de pierdere a masei osoase, dar trebuie să recunoaştem că nu există
9
prea multe date privind pierderea şi recuperarea acesteia la femeile aflate în perioada de tranziţie spre menopauză. Femeile cu risc mai mare de apariţie a osteoporozei vor trebui să pună în balanţă un potenţial impact negativ asupra oaselor cu alte beneficii ale DMPA. Pentru a oferi o oarecare perspectivă, sarcina şi alăptarea conduc şi ele la pierderea de ţesut osos, dar aceasta este reversibilă.

DMPA poate creşte riscul apariţiei bolilor cardiovasculare şi a accidentelor vasculare
9
cerebrale în unele cazuri, astfel încât femeile cu tensiune arterială ridicată care nu este controlată prin medicaţie sau cu alţi factori
de risc pentru bolile de inimă vor trebui să aibă o discuţie aprofundată cu medicul lor pentru a stabili dacă DMPA este sigur pentru ele. DMPA este asociat în medie cu o creştere în greutate de 2 kilograme. Multe persoane cred în mod eronat că depresia este un efect secundar comun al DMPA; cu toate acestea, studiile nu au dovedit această legătură şi, prin urmare, la fel ca în cazul pilulei, plasturelui şi inelului, depresia nu este o contraindicaţie pentru începerea tratamentului. Dacă o anumită femeie simte că metoda aceasta îi afectează sănătatea mintală, atunci bineînţeles că ar trebui să renunţe la ea.

Implantul cu etonogestrel

Cea mai eficientă formă de contracepţie este implantul unei tije care conţine etonogestrel, un progestin cu denumirea comercială Nexplanon. Acesta are o rată de eşec de 0,01% şi este aprobat pentru o perioadă de 3 ani, dar este eficient 5 ani. Sângerările neregulate cauzate de implant, în special în primul an de utilizare, sunt frecvente. în general, nu este o opţiune la fel de bună pentru controlul menstruaţiilor neregulate ca alte metode hormonale. Nu este asociat cu pierderea de masă osoasă sau cu complicaţiile cardiovasculare, ca DMPA.

Sterilizarea

Vasectomia la bărbaţi şi sterilizarea la femei
J I
sunt forme de contracepţie ireversibile. Vasectomia este cea mai sigură metodă, dar nu este o opţiune în cazul tuturor femeilor, fie din cauza lipsei unui partener obişnuit, fie pentru că are mai mulţi parteneri sau pentru că partenerul nu doreşte să facă o vasectomie. Conversaţiile cu un cuplu în care bărbatul refuză să facă o vasectomie în timp ce partenera sa a suportat toate schimbările fizice care vin odată cu sarcina sunt întotdeauna descurajante. Având în vedere cât de puţine cupluri apelează la prezervative pe termen lung, majoritatea femeilor poartă singure povara contracepţiei pe durata relaţiilor heterosexuale şi, sincer, este timpul ca bărbaţii să facă şi ei ceva. Rata de eşec în cazul unei vasectomii este de 0,15%.

Legarea (ligatura) trompelor uterine este cea mai populară metodă de contracepţie permanentă. Ratele variază considerabil în funcţie de ţară. în Statele Unite, legarea trompelor este a cincea cea mai frecventă procedură chirurgicală, iar ratele sunt mult mai

mari decât în Europa.

Sterilizarea femeilor este, de asemenea, o metodă foarte populară în India, Columbia şi El Salvador. Numărul eşecurilor este <0,5%. Procedura necesită administrarea unui anestezic general, ceea ce reprezintă unul dintre principalele dezavantaje,
deoarece acest lucru creşte riscul, costurile şi necesită resurse suplimentare. Celălalt aspect este că necesită pătrunderea pe cale chirurgicală în abdomen, astfel încât există un risc – chiar dacă mic – de a leza din greşeală alte organe sau vase de sânge importante. Riscul unei complicaţii majore este <1%.

Legarea trompelor se face cel mai frecvent prin laparoscopie (telescop operator), de obicei prin două incizii mici, dar poate fi efectuată şi imediat după naştere, cu o incizie sub buric (ligatura trompelor postpartum). Prin laparoscopie, opţiunile sunt îndepărtarea întregii trompe sau folosirea unor cleme permanente pentru a bloca trompa (îndepărtarea trompei scade riscul de a face cancer ovarian cu 50%). Din punct de vedere tehnic, este mai dificil să îndepărtezi trompele imediat după naştere, aşa că, în cazul ligaturii trompelor postpartum, în schimb, trompele uterine sunt legate sau tăiate.

Unele femei semnalează modificări ale ciclului menstrual după legarea trompelor, un aşa-numit sindrom postligatura trompelor, dar studiile nu au identificat această asociere, iar legarea trompelor nu influenţează vârsta menopauzei naturale. Schimbarea menstruaţiilor după această procedură se poate datora faptului că, în urma ei, multe femei renunţă la pilulele contraceptive care conţin estrogen şi, fără controlul ciclului asigurat de pilulă, apare tiparul lor menstrual – menstruaţiile
neregulate. Să nu uităm că tranziţia spre menopauză reprezintă momentul în care menstruaţiile devin anormale, aşa că este de aşteptat să apară neregularităţi menstruale la câţiva ani de la legarea trompelor, în preajma vârstei de 40 de ani. O femeie care ia în calcul legarea trompelor uterine trebuie să se gândească cum s-ar simţi dacă ar apărea menstruaţiile abundente şi/sau neregulate mai târziu – sau chiar la câţiva ani de la operaţie –, iar tratamentul recomandat ar fi contracepţia hormonală. Dacă acest lucru ar deranja-o, atunci şi-ar putea reconsidera opţiunile.

Prezervativele

Atât prezervativele masculine, cât şi cele feminine (denumite şi prezervative interne) sunt opţiuni excelente. Prezervativul masculin are o rată de eşec de 13%, iar cel feminin de 21% pe parcursul unui an. Prezervativele protejează, de asemenea, împotriva infecţiilor cu transmitere sexuală (ITS), care sunt în creştere în rândul *tuturor* categoriilor de vârstă. Cazurile de infectare cu chlamydia aproape că s-au dublat în rândul adulţilor cu vârste cuprinse între 55 şi 64 de ani, iar nivelul de infectare cu trichomonas la femeile de peste 40 de ani este mai mare decât în rândul femeilor cu vârste cuprinse între 25 şi 39 de ani. Motivele sunt complexe. Mulţi oameni presupun în mod eronat că ITS nu mai
constituie o preocupare după vârsta de 40 de ani. Nivelurile mai scăzute de estrogen din vagin la 40 de ani şi după această vârstă pot creşte riscul de a contracta unele ITS. Persoanele care au avut o relaţie de lungă durată şi care încep o relaţie cu un nou partener pot subestima riscul contractării unei ITS, se pot simţi inconfortabil să cumpere prezervative sau nu sunt familiarizate cu procedura de utilizare a acestora. (Nu este deplasat să vii cu propriul prezervativ şi nici nepoliticos să insişti să fie folosit; în plus, chiar crezi că cineva căruia nu-i pasă de sănătatea ta va fi vreun pic interesat de orgasmul tău?)

Disfunctia erectilă sau DE la bărbaţi

J **J**

creşte odată cu vârsta – la 40 de ani, aproximativ 40% dintre bărbaţi au un anumit grad de disfunctie erectilă şi aceasta creste cu 10% în fiecare deceniu (deci 50% la vârsta de 50 de ani, 60% la 70 de ani şi aşa mai departe). Mulţi bărbaţi cu disfuncţie erectilă nu sunt capabili să folosească un prezervativ masculin. într-un studiu, 46% dintre bărbaţii heterosexuali cu vârsta de 50

J

de ani sau mai mult au declarat că folosirea unui prezervativ ar putea conduce la pierderea erecţiei. O modalitate bună de a ocoli preocupările legate de prezervativ apărute odată cu înaintarea în vârstă, pe lângă conversaţia directă despre aşteptări şi siguranţă, precum şi căutarea unui tratament pentru DE, este prezervativul feminin. Aceste prezervative se introduc pe cale vaginală şi sunt independente de
erecţie. Un prezervativ feminin poate fi, de asemenea, utilizat pe cale anală.

Prezervativele protejează ecosistemul vaginal şi mai multe studii arată că acestea reduc incidenţa vaginozei bacteriene, care este o perturbare a ecosistemului vaginal ce are ca rezultat scurgeri, iritaţii şi miros. Vaginoza bacteriană creşte şi riscul de a contracta multe ITS, cum ar fi HIV sau gonoree, dacă femeia este expusă.

Gelul contraceptiv

Există pe piaţă un nou gel contraceptiv numit Phexxi – rimează cu „sexy". Femeile introduc un aplicator cu acest gel înainte de actul sexual. Gelul este acid şi împiedică sperma să crească temporar pH-ul vaginului (ceea ce ar permite spermatozoizilor să fie apţi să avanseze până la colul uterin şi să ajungă în uter).

Fără asigurare, o cutie de douăsprezece aplicatoare Phexxi costă în Statele Unite între 250 şi 275 de dolari. „Sigur că tipul ăsta e drăguţ, dar merită un Phexxi?" ar putea înlocui meme-ul cu „Merită buretele lui Elaine Benes" din serialul *Seinfeld.* Lăsând gluma la o parte, este minunat să avem un alt contraceptiv la cerere care este controlat de femei. Phexxi are o rată de eşec de

I aproximativ 27% pe parcursul unui an, deci mai mare decât cea a prezervativelor. în studiul iniţial, aproximativ 18% dintre femei au simţit arsuri vaginale sau vulvare şi acest produs nu ar trebui să fie folosit de cele cu infecţii urinare recurente.

r

Contracepţia postcoitală

Există două medicamente administrate pe cale orală pentru contracepţia postcoitală, denumite în mod obişnuit „pilula de a doua zi": 1,5 mg de levonorgestrel (un progestin care a fost comercializat sub numele Plan B) şi 30 mg de acetat de ulipristal (un medicament care blochează progesteronul, sub denumirea comercială Ella). Ambele metode acţionează prin întârzierea sau inhibarea ovulaţiei suficient de mult timp pentru ca spermatozoizii să moară. Metoda cu levonorgestrel întârzie/inhibă ovulaţia aplicată două zile, iar metoda cu ulipristal, cinci zile. Aceste diferenţe, precum şi faptul că ulipristalul poate fi mai puţin influenţat de greutatea corporală, explică probabil de ce ulipristalul este mai eficient. DIU din cupru este şi o excelentă metodă contraceptivă de urgenţă, deoarece este toxic imediat pentru spermatozoizi, iar răspunsul inflamator

poate afecta şi calitatea ovulelor. Este cea mai eficientă metodă.

METODĂ	ZILE DUPĂ CONTACTUL SEXUAL	RISC DE SARCINĂ	ACCES	INFLUENŢA DE GREUTA
Niciuna (ca referinţă)	Nu este cazul	10%*	Nu este cazul	Nu este cai
Levonorgestrel	în decurs de 72 de ore	2,2%	Eliberat fără reţetă în Statele Unite, Canada, Marea Britanie, Australia şi multe alte ţări	Mai puţin eficient pen IMC >25
Ulipristal	Până la 5 zile	1,4%	Eliberat pe bază de retetă *1* în Statele Unite şi *1* Canada, fără retetă în * multe alte ţări *1*	Mai puţin eficient pen IMC >30
DIU din cupru	Până la 5 zile, unele studii sugerează până la 10 zile	0,1%	Necesită vizita la medic	Nu

* Şanse de concepţie în cea mai fertilă zi a ciclului.

Figura 21: Contracepţia postcoitală

Să ai la îndemână un pachet de contracepţie postcoitală este o strategie excelentă pentru femeile care folosesc orice
metodă susceptibilă de a fi folosită greşit (gândeşte-te la pilule, plasture, inel, injecţie, prezervative etc.), precum şi pentru cele care nu cred că au nevoie de contracepţie şi apoi se răzgândesc. Să ai 44 de ani, să ai transpiraţii reci în ciuda căldurii sufocante şi să trebuiască să sprintezi până la cea mai apropiată farmacie de pe Las Vegas Strip nu este o experienţă amuzantă. #DoarZic #AmT recutSi Eu Pri n Asta.

Metodele bazate pe cunoaşterea fertilităţii

f

Metodele bazate pe cunoaşterea fertilităţii (MBCF) sunt adesea cunoscute sub numele de „planificare familială naturală" (PFN) sau „metoda ritmului". Acestea cuprind o varietate de metode care urmăresc indicatorii biologici, cum ar fi durata ciclului menstrual, mucusul cervical, temperatura corpului, poziţia colului uterin şi nivelul hormonilor urinari, pentru a prezice intervalele fertile în care concepţia are cele mai mari şanse de a se produce. Pentru a evita sarcina în timpul intervalului fertil, se recurge la abstinenţă sau o altă metodă. Ratele de eşec variază între 2 şi 34%, deşi multe dintre aceste metode nu au fost testate în mod adecvat. Efortul de urmărire a diverşilor indicatori biologici, imprevizibilitatea acestora la unele femei şi necesitatea unei abstinenţe periodice sau a
unei metode contraceptive de rezervă contribuie la rata de eşec.
9

Neregularitatea ciclului menstrual şi fluctuaţia nivelurilor hormonale din perioada de tranziţie spre menopauză pot face dificilă urmărirea acestor markeri biologici. Există un singur studiu realizat pe 160 de femei cu vârste cuprinse între 40 şi 55 de ani care au folosit MBCF – rata graviditătţii a fost de 6 din 100 de femei pe an sau 6%. Nu a existat nicio sarcină la femeile cu vârsta de 44 de ani sau mai mult, dar, având în vedere numărul mic de participante la studiu, nu este posibil să se ştie dacă acest lucru se datorează pur şi simplu numărului mai mic de sarcini la această vârstă sau eficacităţii *r* metodei. Prin urmare, nu se pot trage concluzii.

DE RETINUT
*

- Femeile ar trebui să se considere capabile să

conceapă până când vor fi trecut doi ani fără menstruaţie dacă au mai puţin de 50 de ani, sau un an fără menstruaţie pentru cele care au 50 de ani sau mai mult.

- Atunci când este introdus la vârsta de 45 de ani

sau mai mult, DIU Mirena este o metodă contraceptivă foarte eficientă pânâ la vârsta de 55 de ani şi poate face tranziţia de la contracepţie la progestinul din THM.

- Un DIU din cupru inserat la vârsta de 35 de ani

sau mai mult este eficient până la menopauză.

- Un contraceptiv administrat oral care conţine

doze mici de estrogen poate fi utilizat de multe femei până la vârsta de 55 de ani şi poate

ameliora multe simptome ale tranziţiei spre menopauză.

• Contracepţia la cerere, prezervativele (atât cele masculine, cât şi cele feminine), gelul contraceptiv şi contracepţia postcoitalâ sunt, de asemenea, opţiuni excelente.

PARTEA A PATRA

Preia conducerea schimbării

CAPITOLUL 24

Bun-venit la „menopetrecerea" mea

Cum abordează o ginecologă menopauza

Cât timp am scris această carte, m-am gândit adesea la mama, ceea ce, având în vedere relaţia noastră îngrozitoare, mi s-a părut ciudat. Multe femei apelează la mamele lor, uneori pentru a obţine informaţii sau sfaturi, dar totodată le percep ca pe o oglindă pe care o pot folosi pentru ghicit – ceea ce au trăit mamele lor le prevesteşte sau nu propriul viitor? însă eu am vrut să fiu exact opusul mamei mele şi, cum nu am discutat niciodată despre nimic legat de sănătatea reproductivă – nu-i plăcea că sunt ginecologă şi se întreba dacă nu cumva, în schimb, aş putea să fac ceva bun pentru sănătatea femeilor, să fiu radiologă şi să analizez mamografii –, m-am întrebat de ce
mă tot face această carte să mă gândesc la trecut. Era vorba despre mult mai mult decât osteoporoza ei.

Am început să mă gândesc mai mult la vremea când era în perioada de tranziţie spre menopauză, pe care am descris-o anterior ca fiind vulcanică. Schimbările ei de dispoziţie, furia şi cruzimea manifestate faţă de mine în acea perioadă sunt dureroase chiar şi astăzi. Mama a suferit de depresie toată viaţa ei şi a făcut o formă de depresie postpartum gravă după ce m-am născut, aşa că, din punct de vedere biologic, e plauzibil ca ea să fi suferit mai mult la capitolul sănătate mintală în timpul tranziţiei sale spre menopauză. Acest lucru nu îi scuză cruzimea, dar mă face să am mai multă empatie faţă de ea decât credeam că sunt capabilă. Nu a avut cu cine să discute despre simptomele ei şi chiar dacă în anii 1970 erau disponibili unii hormoni şi ar fi putut-o ajuta, aceştia nu i-au fost oferiţi.

Familia ei locuia în Anglia şi nu avea prieteni apropiaţi. în timp ce scriam această carte, m-am gândit adesea la cât de singură trebuie să se fi simţit în timp ce corpul ei se schimba şi cât trebuie să se fi temut că

negura care a învăluit-o după naşterea mea avea să o învăluie din nou în orice moment.

Din atât de multe puncte de vedere, menopauza este o chestiune de perspectivă.

Eu mi-am început tranziţia spre menopauză în jurul vârstei de 45 de ani. Am fost sincer surprinsă că s-a întâmplat atât de târziu, pentru că mama se afla deja la
menopauză la vârsta aceea. Am pus asta pe seama faptului că nu am fumat şi am luat mult timp pilula contraceptivă. Dar cine ştie? Ultima perioadă cu menstruaţii a fost la vârsta de 50 de ani, una foarte obişnuită pentru asta. Am avut puţine bufeuri, mai ales noaptea, până cu aproximativ un an înainte de ultima menstruaţie, când acestea au devenit rapid deranjante. Am încercat să găsesc soluţii creative, îmbrăcându-mă cu straturi de haine, pe care să le pot da jos la nevoie, dar atunci când aveam bufeuri, asta nu a reuşit decât să mă facă un pic mai puţin nervoasă.

La fel ca în cazul multor femei, bufeurile şi transpiraţiile nocturne au fost mai puternice în lunile de vară. De fapt, nu am avut de mult atâtea bufeuri şi atât de

puternice cum am avut vara aceasta, care a fost extrem de călduroasă. Am tot apăsat pe plasturele cu estrogen pentru a vedea dacă asta m-ar putea ajuta, dar nu aşa funcţionează (estrogenul se absoarbe încet), aşa că a fost la fel de eficient ca apăsarea butonului semaforului de la trecerea pentru pietoni.

O observaţie interesantă pe care am făcut-o în legătură cu bufeurile este că nu par să mă apuce când sunt afară, nici măcar atunci când este cald. Nu am niciodată bufeuri când alerg sau când merg pe bicicletă, chiar dacă sunt încălzită şi transpirată. Mă întreb dacă nu cumva le am şi nu sunt conştientă de ele sau dacă într-

adevăr acest lucru se întâmplă mai rar. Mă
întreb, de asemenea, dacă şi altor femei li se întâmplă asta şi dacă ar putea fi o explicaţie pentru variaţiile în privinţa bufeurilor. S-ar putea să fie doar vina mea şi a „termostatului" meu ciudat – aşa e la menopauză. De asemenea, odată cu bufeurile, simt că mă ia greaţa, lucru despre care încă nu am citit nicăieri. Uneori, când mă apucă bufeurile, mă simt de parcă aş fi băut prea mult şi trebuie să mă duc să dau la boboci. Credeam că sunt singura care păţeşte asta, dar odată ce am menţionat acest lucru într-o postare pe blog în urmă cu câţiva ani, mai multe femei mi-au trimis mesaje pentru a-mi spune că şi ele credeau că sunt singurele.

Pe măsură ce această carte a început să prindă contur, m-am întrebat oare câte alte asemenea întrebări nu au fost puse pentru că, de atâta timp, femeile care se confruntă cu menopauza şi care sunt cele mai în măsură să declare ce se întâmplă nu au avut un cuvânt de spus în faţa medicilor. Da, pentru că să vorbeşti despre menopauză a fost dintotdeauna considerat nepoliticos ori un subiect tabu, înseamnă că vrei să atragi atenţia asupra faptului că îmbătrâneşti. Patriarhatul controlează menopauza de prea mult timp, cerându-ne să păstrăm tăcerea, iar atunci când vorbim, bărbaţii controlează chiar şi cuvintele pe care le folosim – şi continuăm să plătim preţul pentru asta.

Sunt adesea întrebată de ce am început să iau hormoni şi mă fascinează cât de

secretă pare această decizie. îmi amintesc

că i-am spus unei reportere că urmez un tratament hormonal al menopauzei, iar ea a oftat, de parcă tocmai îi spusesem că am făcut sex pe acoperişul de la British Museum cu un tip sexy pe care tocmai îl cunoscusem într-un club din Londra şi al
9 cărui nume nu-l ştiam. Poate că reacţia ei a
9 **r**
fost o reflexie a scăderii semnificative a numărului de femei care folosesc tratamentul hormonal al menopauzei (THM), dar cred că şi ideea falsă că estrogenul este o modalitate periculoasă de a invoca tinereţea a jucat un oarecare rol.

în acest punct al conversaţiei, îi reamintesc persoanei care mi-a pus întrebarea că estrogenul este doar un medicament şi apoi aduc în discuţie raportul risc-beneficiu. Am făcut aluzie la el pe parcursul cărţii, dar merită menţionat din nou, deoarece consider că acest concept este explicat incorect şi este foarte important. Prin raportul risc-beneficiu mă refer la riscul pe care suntem dispuse să îl tolerăm în schimbul sansei de a avea un
9
beneficiu, iar asta variază de la o persoană la alta. Eu nu aş face niciodată paraşutism; nu există niciun beneficiu pe care l-aş putea obţine din această activitate care să
9
contracareze orice risc, deoarece urăsc înălţimile. De fapt, mă simt uşor inconfortabil chiar şi acum, când mă imaginez sărind dintr-un avion. Aşadar, neexistând niciun beneficiu posibil, nu am nevoie să iau în considerare riscul. Dar alţii, care doresc senzaţii tari, pot gândi diferit.
Cei care au o bună înţelegere a siguranţei paraşutei probabil consideră că riscul este mult mai mic decât consider eu, o necunoscătoare speriată.

Când iei în considerare riscul, cred că este important să te gândeşti cum te-ai putea simţi dacă ai avea acel efect secundar advers. Cei mai multi dintre noi iau în ***r*** considerare mai mult aspectele pozitive decât pe cele negative. Cu toate acestea, chiar şi un risc scăzut, de exemplu 1 la 10 000, nu este un risc 0, aşa că, atunci când discut despre risc cu pacientele mele, le întreb întotdeauna cum s-ar simţi dacă ar ***r*** prezenta ele însele complicaţia respectivă.

Femeile merită medicamente sigure, dar riscurile în intervalul 1/10 000 – 1/100 000 pe an nu pot fi prevenite. Raritatea acestor evenimente înseamnă că sunt aproape imposibil de identificat în studiile utilizate pentru aprobarea medicamentelor. Acesta este un motiv important pentru care Food and Drug Administration (FDA) solicită supravegherea după introducerea pe piaţă, ceea ce implică studii mai ample după ce medicamentul este aprobat, pentru a identifica semnalele privind riscurile omise în studiile iniţiale. Este important să punem aceste riscuri rare în perspectivă şi să discutăm despre consecinţele neutilizării unui medicament. O analiză sugerează că este posibil ca un număr cuprins între 18 000 şi 91 000 de femei să fi murit prematur pentru că medicul sau ele însele s-au temut de estrogen în cei zece ani scurşi de la publicarea studiului WHI.

Ţinând cont de vârsta timpurie la care mama a făcut osteoporoză şi de gravitatea afecţiunii, estrogenul părea a fi o opţiune pentru mine. Am decis că, dacă aş fi suferit o fractură şi nu aş fi început niciodată THM, nu m-as fi iertat niciodată. Am analizat riscul mic de apariţie a cancerului de sân şi am decis că este unul pe care merită să mi-l asum.

Am ales estradiolul administrat transdermic, deoarece este în mod clar câştigător din punct de vedere al siguranţei. Asta nu înseamnă că medicamentele orale nu sunt sigure, dar atunci când nu există niciun motiv concurent care să ne determine să alegem terapia orală, de ce să ne asumăm riscul crescut de formare a cheagurilor de sânge în cazul acestui tip de tratament, oricât de mic ar fi acesta? Folosesc un plasture care se schimbă de două ori pe săptămână (la mine, plasturele săptămânal pur şi simplu nu a rămas lipit mai mult de patru zile). Cea mai mare problemă pentru mine este adezivul care rămâne pe piele şi care are o consistenţă asemănătoare cu cea a gudronului, iar îndepărtarea lui este dificilă. Sunt întotdeauna în întârziere, aşa că nu cred că aş avea timp să aplic o loţiune sau un gel cu estradiol şi să aştept să se usuce. Aceste probleme legate de calitatea vieţii contează, deoarece, pentru ca o terapie să fie utilă, trebuie să o poţi folosi.

înainte de a începe să iau estrogen, partidele de sex de după 45 de ani necesitau un lubrifiant pe bază de silicon, dar se pare că fac parte din acele 50% dintre femeile pentru care THM tratează sindromul genito- urinar al menopauzei. Terapiile vaginale sunt, de asemenea, opţiuni excelente, aşa că, dacă nu aş fi avut nevoie de estrogen transdermic, probabil că aş fi încercat inelul, îmi este foarte greu să ţin minte să îmi iau medicamentele, aşa că, pentru mine, cu cât sunt mai uşor de utilizat, cu atât mai bine.

Nu aveam convingeri false despre estrogen, iar acesta este un aspect foarte important. Există persoane care promovează conceptul că orice femeie are nevoie de estrogen şi că nu există niciun risc de a face cancer. Dacă ar exista date certe care să arate că fiecare femeie ar trebui să ia estrogen după menopauză, atunci societăţile profesionale, precum North American Menopause Society (NAMS) sau American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), ar recomanda acest lucru.

în calitate de ginecologă şi obstetriciană, am fost în măsură să explorez afirmaţiile concurente ale diferitelor organizaţii medicale. Pentru mine, a fost important să aflu ce aveau de spus experţii în menopauză de la NAMS despre estrogen, deoarece American College of Physicians numeşte estrogenul un medicament cu risc ridicat. Dacă acesta ar fi primul lucru pe care cineva l-ar citi despre estrogen, de ce l-ar mai lua în considerare pentru tratarea bufeurilor sau din oricare alt motiv? Evident, nu sunt de acord cu American College of Physicians, la fel ca mulţi alţii, dar dacă acesta este locul de unde un medic îşi culege informaţiile despre THM, s-ar putea să afecteze modul în care îşi sfătuieşte pacientele.

Şi, bineînţeles, există persoane care sunt în tabăra celor care spun „niciodată estrogen", deoarece menopauza este o fază normală a vieţii. Dar această abordare f
ignoră unele afecţiuni precum osteoporoza şi depresia declanşate de menopauză şl calitatea vieţii. De ce să nu încerce J
estrogenul o femeie care are 20 de serii de bufeuri pe zi şi care nu a mai dormit bine de săptămâni întregi dacă acesta este sigur, astfel încât să aibă o viată mai bună?
J
Sarcina este o fază normală a vieţii, dar nu am considera niciodată acceptabil să refuzăm tratamentul pentru greţurile matinale, să nu oferim medicamente pentru durere în timpul travaliului ori să refuzăm o transfuzie de sânge după naştere dacă aceasta ar fi indicată din cauza pierderilor de sânge. La urma urmei, unele femei fac hemoragie şi după o naştere complet normală.

Adevărul este că multe femei se descurcă mai bine cu estrogenul din diverse motive, iar altele nu au nevoie de el. De aceea, este important să afle mai multe despre menopauză, astfel încât fiecare femeie să poată face alegeri care să i se potrivească.

Ca urmare a cercetărilor făcute pentru această carte, am schimbat unele lucruri în viata mea. Am reluat exerciţiile fizice

J J

regulate. Sincer, toate studiile pe care le-am citit le menţionau în categoria lucrurilor „utile". Este o activitate de care te apuci greu şi de care este greu să te ţii, căci viaţa noastră este foarte încărcată, dar este o modalitate de îngrijire preventivă uimitoare. De asemenea, mi-am adaptat puţin şi dieta. Am crescut consumul de leguminoase, am scăzut consumul de lapte la una, două ceşti pe zi şi testez o combinaţie între dieta mediteraneeană şi dietele MIND discutate în

I

capitolele anterioare. Găsirea unor reţete bune în mod regulat este o corvoadă, aşa că pe cele mai multe le iau din secţiunea despre alimentaţie din *The New York Times,* dar creez şi câteva reţete care pun accentul pe nevoile nutriţionale ale femeilor aflate la menopauză. Mănânc peşte gras de cel puţin două ori pe săptămână, iar asta necesită efort, dar dacă nu aş reuşi să fac acest lucru, aş lua un supliment de Omega-3. Am început să iau un supliment de vitamina D – producţia de vitamina D scade odată cu vârsta – şi încerc să fiu mai consecventă în

I

folosirea produselor de protecţie solară.

Ca multe dintre prietenele mele, am simţit că menopauza a fost un soi de magnet pentru ceea ce am perceput ca fiind o schimbare rapidă şi nedorită a siluetei. Mi- ar plăcea să dau vina pe hormonii mei, dar trebuie să fiu sinceră. A fost o perioadă în care am încetat să mai fac exerciţii fizice şi

J I

am luat multe mese la restaurant. Acesta este un punct important şi merită subliniat – este foarte uşor să dai vina pe menopauză când poate fi vorba de fapt despre neimplicare. Aşa cum este important să nu respingem femeile care au preocupări legate de menopauză, este la fel de important să nu punem toate preocupările pe seama menopauzei şi să presupunem că estrogenul este răspunsul.

Sunt conştientă de faptul că THM reprezintă doar o componentă a menopauzei. Pe lângă dietă, exerciţii fizice şi exerciţii de antrenare a echilibrului, fac terapie cognitiv-comportamentală (TCC) ca să mă ajute când am bufeuri şi sunt vigilentă în privinţa controlului anual al tensiunii arteriale, a verificării lipidelor şi a glicemiei la fiecare doi-trei ani (în funcţie de valorile

X J

mele), a verificării densităţii osoase şi a mamografiilor. Este nevoie de destul de multă muncă de întreţinere la vârsta de 50 J de ani şi după aceasta.

Sunt conştientă că, în calitate de obstetriciană şi ginecologă, am o mulţime de privilegii – inclusiv acela de a avea cunoştinţe despre medicină, despre sistemul medical şi faptul de a mă fi format atunci când teama de estrogeni nu era exagerat de mare. Dar menopauza nu ar trebui să fie un mister pentru femei şi nu reprezintă o preocupare marginală – ea face parte din îngrijirea sănătăţii femeilor.

CAPITOLUL 25

Gânduri finale

Să punem totul cap la cap

Să ştii ce se întâmplă cu corpul tău şi că există opţiuni este în sine un remediu puternic. Una dintre experienţele comune pe care le aud legat de menopauză este singurătatea. Gândeşte-te din nou la analogia cu canoea de la începutul acestei cărţi – multe femei se simt ca şi cum s-ar f I

afla într-o călătorie de unele singure. Sper ca această carte să îţi fi oferit o hartă a apelor prin care vei naviga sau o explicaţie a unei călătorii deja începute.

Aşadar, ce urmează?

Primul lucru pentru orice femeie care se luptă cu simptome despre care crede că ar putea fi legate de menopauză este să consemneze ce se întâmplă. Eu numesc aceste simptome „factorul deranjant". Poate că la unele femei este vorba despre bufeuri sau senzaţia de lipsă a energiei, dar la altele ar putea fi vorba despre faptul că sunt uituce sau despre menstruaţii abundente. Poate fi vorba de toate acestea sau de orice altceva, dar cred că este mai bine să ai informaţii

J detaliate despre simptomele tale, mai ales dacă doreşti să apelezi la un medic pentru a-i cere ajutorul. Mie una îmi place când pacientele mele vin cu aceste liste. Prefer să ştiu totul de la început, deoarece acest lucru mă poate ajuta să aleg tratamentul cel mai bun şi, bineînţeles, vreau ca pacientele mele să fie ascultate.

Când femeile mă întreabă despre menopauză şi despre ce ar trebui să facă, ştiu că multe se întreabă dacă ar trebui să ia hormoni. Sper că această carte a oferit răspunsuri la multe întrebări despre ce pot şi ce nu pot face hormonii, precum şi o mai mare conştientizare a riscurilor care pot apărea odată cu tratamentul hormonal al menopauzei (THM). La fel de important, sper că această carte îi va ajuta pe oameni să facă un pas înapoi de la THM şi să privească imaginea de ansamblu a menopauzei, nu doar pentru a reîncadra această experienţă, ci şi pentru a lua în considerare toate modalităţile de optimizare a sănătăţii de-a lungul întregii perioade a menopauzei. Când ne concentrăm asupra hormonilor, scăpăm din vedere multe alte intervenţii importante, cum ar fi renunţarea la fumat, dieta şi exerciţiile fizice, sau valoarea TCC pentru tratarea bufeurilor, a insomniei şi a dorinţei scăzute de a face sex.

Există şi alte prejudicii în a fi exclusivist în privinţa estrogenilor. Atunci când se insinuează că toate femeile au nevoie de estrogen în timpul tranziţiei spre menopauză sau la postmenopauză, este pur şi simplu o reformulare a ceea ce am auzit despre comercializarea hormonilor în anii 1950 şi 1960, doar că acum, în loc ca estrogenul să fie ambalat şi prezentat ca fiind un produs extraordinar şi exclusivist, este vândut ca fiind natural şi destinat îngrijirii personale. THM nu este un „bilet de ieşire din închisoare" pentru menopauză cum sunt cartonaşele de la Monopoly, ci o piesă dintr- un puzzle. Pentru unele femei, este o piesă importantă din puzzle, iar pentru altele deloc.

în loc să gândim în termeni de natural sau nenatural, menopauza este cel mai bine abordată cu ajutorul faptelor. La urma urmei, osteoporoza apare natural în timpul menopauzei şi tot natura face ca estrogenul produs de ovare să provoace uneori cancer de

sân. Nu este natural ca femeile aflate la postmenopauză să aibă în sânge nivelurile de estradiol care apar odată cu THM. Niciuna dintre aceste fapte nu face ca THM să fie bun sau rău.

Cel mai bun mod de a aborda menopauza este să fii informată, astfel încât să poţi înţelege dacă ceea ce se întâmplă are legătură cu această etapă, cu ce boli te poţi confrunta din cauza combinaţiei dintre factorii genetici, starea sănătăţii tale şi stadiul menopauzei şi care este cel mai bun mod de a avea o viată şi o stare de sănătate
J I
mai bună şi cum să echilibrezi cel mai bine aceste obiective în raport cu orice risc. Acest lucru se poate întâmpla doar dacă ai informaţii corecte şi lipsite de prejudecăţile patriarhale.

Cum ştii dacă apelezi la medicul potrivit?

Indiferent dacă o femeie primeşte informaţii de la medicul său la cabinet sau le citeşte dintr-o carte, o revistă ori o sursă online, este important să cunoască câteva noţiuni de bază pentru a stabili dacă aceste informaţii sunt de încredere sau nu. Dacă se f
găsesc online pe pagina North American Menopause Society (NAMS), a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), a Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC), a Australasian Menopause Society (AMS) sau a International Menopause Society (IMS), atunci aceste informaţii au fost verificate de f
experţi şi, de obicei, acestora li s-a cerut să dezvăluie originea prejudecăţilor.

O modalitate bună de a începe să cauţi informaţii online nu este să foloseşti pur şi simplu un motor de căutare, ci mai degrabă să cauţi direct pe NAMS sau ACOG sau să introduci în motorul de căutare cuvinte precum „bufeuri" şi să adaugi „NAMS", „ACOG" sau oricare altă societate medicală profesionistă. Astfel, se vor filtra rezultatele obţinute de la aceste organizaţii încât să apară în partea superioară a listei de rezultate afişate.

NAMS are şi o certificare privitoare la menopauză pentru medici. Deşi mulţi medici care nu sunt certificaţi de NAMS sunt J excelenţi, dacă te afli în America de Nord,
căutarea unuia care are această certificare va ajuta orice pacientă să găsească pe cineva care a demonstrat un interes sporit în acest domeniu, a trecut un examen de specializare în acest domeniu şi este obligat să urmeze cursuri de formare medicală continuă şi să se menţină la curent cu noutăţile pentru a-şi păstra certificarea.

Ce faci cu informaţiile pe care le primeşti de la alţii sau pe care le găseşti pe cont propriu? Fără să citesc informaţia în cauză, îmi este imposibil să spun dacă ceva este demn de încredere sau suspect, dar iată câteva semnale de alarmă cu privire la sursele de informare şi la conţinutul datelor
I **f**
la care femeile ar trebui să fie atente atunci când caută informaţii de calitate despre menopauză:

*** MĂSURAREA NIVELURILOR HORMONILOR** SALIVARI nu este niciodată indicată.

Niciodată. Dacă o prietenă de-ale mele ar merge la un medic care i-a recomandat testarea nivelurilor hormonale salivare, sfatul meu ar fi să îşi ceară banii înapoi, să iasă pe uşă şi să uite tot ce i-a spus acea persoană. întâlnesc adesea femei care au plătit sume mari de bani pentru asemenea teste şi sunt supărate, pe bună dreptate, când le spun că nu au nicio valoare. Cel mai frecvent vorbesc cu femei care au plătit pentru aceste teste
la sfatul unui medic naturist. Este întotdeauna o conversaţie dificilă J
în care le explic că rezultatele sunt inutile – oamenilor le este greu în general să accepte că testele făcute de un laborator, cu rezultate imprimate pe hârtie, sunt lipsite de sens din punct de vedere medical. în plus, nimănui nu-i place să audă că a cheltuit bani pe ceva inutil.

*** MĂSURAREA NIVELURILOR HORMONALE PENTRU A ÎNDRUMA TERAPIA SAU PENTRU A „VEDEA UNDE TE AFLI". Unii** medici recomandă analize de sânge pentru stabilirea nivelurilor hormonale, de obicei estradiol şi FSH (hormonul de stimulare foliculară), deşi pot exista şi altele, pentru a diagnostica menopauza, pentru a vedea dacă o femeie este aproape de menopauză sau pentru a gestiona THM. Acest lucru nu este indicat. Asa cum nu
9
avem nevoie să ştim care sunt
9
nivelurile hormonale pentru a diagnostica pubertatea, nu avem nevoie de ele nici pentru tranziţia spre menopauză şi nici pentru postmenopauză. Nivelurile hormonale sunt indicate atunci când femeile au mai puţin de 40 de ani, dar în rest nu sunt de niciun ajutor şi reprezintă o risipă
de bani şi resurse. Acestea nu
9
sunt cunoştinţe medicale
9 *9*
marginale, cunoscute doar de câţiva medici, ci reprezintă recomandarea standard a NAMS şi ACOG. Dacă medicul meu mi-ar
9
recomanda măsurarea nivelurilor de hormoni, m-aş întreba: „Ce alte lucruri care sunt de notorietate a mai înţeles greşit?"

* TERAPIA CU HORMONI. Unii medici
recomandă doar administrarea de hormoni, iar femeile fie nu sunt informate despre opţiunile nehormonale, fie li se spune că nu funcţionează, fie sunt speriate de efectele secundare. Văd acest lucru cel mai des în cazul bufeurilor – terapiile nehormonale pot fi foarte eficiente pentru multe femei. Dacă totuşi medicul insistă
9
să recomande doar hormoni, cere şi o altă părere.

*** SE VORBEŞTE DESPRE ESTROGEN CA SI**
t i
CUM AR FI UN MEDICAMENT MINUNE SI *t*

100% SIGUR? Estrogenul poate ajuta multe femei cu unele simptome, dar chiar şi atunci când este
9
foarte util – de exemplu, în cazul bufeurilor –, el nu elimină toate simptomele la 100% dintre femei. Pentru mine, ideea estrogenului ca medicament minune de care au
nevoie toate femeile este un ecou al ideilor misogine conform cărora menopauza

înseamnă degradare. Estrogenul este un instrument terapeutic – există unele lucruri specifice pe care le poate face. Ca orice medicament, dacă nu este necesar, atunci nu ar trebui să se înceapă administrarea lui. Toate medicamentele au riscuri, chiar şi estrogenul. Şi, deşi sunt mici, riscurile există.

* **SE RECOMANDĂ HORMONII PREPARAŢI ÎN FARMACIE ÎN LOCUL PRODUSELOR** FARMACOLOGICE. Aceştia nu sunt *9* testaţi, nu sunt reglementaţi, iar studiile au indicat probleme legate de dozare. Acest lucru include peletele de testosteron. Nu le recomand deloc.

* **SE RECOMANDĂ PROGESTERONUL LOCAL.**

Acesta este un alt moment în care ţi-aş spune „Ridică-te şi ieşi pe uşă şi/sau dă-i block online". Progesteronul nu este absorbit local, iar faptul de a se baza pe el ar putea face ca o femeie care ia estrogeni să se aleagă cu cancer endometrial. Eu aş spune „Pas!".

* **SPECIALISTUL ESTE ANTIVACCINIST SAU VORBEŞTE DESPRE ALTE TEORII ALE** *t*
CONSPIRAŢIEI MEDICALE. Caută-j *t*
numele pe Google împreună cu

cuvântul „vaccin" şi apoi repetă căutarea cu „fluor" (mişcarea anti- flor în apă este altă teorie conspiraţionistă comună). Mulţi nu se sfiesc să facă acest lucru – de fapt, este adesea o adevărată medalie de onoare. Vaccinurile sunt sigure şi salvează vieţi. Fluorul din apă este sigur. Gândirea conspirativă medicală este opusul gândirii raţionale, cumpătate şi nu îşi are locul în medicină. Există o mare suprapunere între wellness şi medicina naturistă şi teoriile *9* conspiraţiei, aşa că fii foarte atentă la aceste aspecte.

*** ÎTI RECOMANDĂ SUPLIMENTE SPECIALE?** J

Nu mă refer la vitamina D sau la acizii graşi Omega-3 sau la substitute atunci când poate exista o carenţă (de exemplu, de fier). Mă refer la multivitaminele „speciale" pentru menopauză sau la preparatele care „susţin" tiroida, glanda suprarenală sau ovarele. Nu există aşa ceva. Organele nu au nevoie de susţinere. Unii J

medici au chiar suplimente de marcă cu portretul şi/sau numele lor lipite pe sticlă. Aici vorbim despre părtinire. Aceste produse sunt netestate din punct de vedere medical şi ar putea fi falsificate.

Dacă ar da rezultate, ar fi recomandate de societăţile J medicale profesioniste.

*** VINDE PRODUSE PE PAGINA SA DE** INTERNET? Nu poţi obţine informaţii de calitate despre un produs de la persoana care profită de pe urma vânzării. Nu accepta sfaturi despre menopauză din partea unor persoane care au magazin online cu produse destinate menopauzei. 0 astfel de persoană poate fi ori medicul tău, ori magazinul tău online, dar nu poate fi şi una, şi alta. Magazinele şi stiinta nu se amestecă.

9 *9*

Nu da vina pe menopauză pentru orice: aminteşte-ţi Diagrama celor 5 M

Mă uitam la episodul din emisiunea lui Oprah despre hormoni în care o invitase pe Robin McGraw (soţia doctorului Phil). Emisiunea începuse de vreo zece minute şi discutau despre cartea lui McGraw, care tocmai fusese publicată de curând, iar Oprah a vrut să discute secţiunea dedicată J

menopauzei. Oprah a explicat audienţei că, în cartea ei, McGraw povestea că îşi neglijase propria sănătate – ca multe alte femei – în detrimentul îngrijirii altora. în timp ce se asigura că copiii ei mănâncă sănătos şi că au vizitele medicale la zi, ea mânca prăjituri la micul-dejun, bomboane gumate la prânz în maşină şi era foarte tristă că unul dintre fiii ei se pregătea să plece la facultate. Se simţea îngrozitor. Nu era o poveste neobişnuită şi, până în acel moment, fusesem foarte interesată. Şi totuşi, cum reusise Robin McGraw să rezolve această ecuaţie a unui număr prea mare de sarcini de îndeplinit şi a unei dăruiri de sine nesfârşite pentru a le îndeplini?

Cu hormoni bioidentici! Mda, chiar asta a spus.

Partenerul meu, pe care îl numesc cu afecţiune Companionul Doctoriţei Jen, a strigat către ecran: „Bineînţeles că te simţi rău. Mănânci prăjituri la micul-dejun şi bomboane gumate la prânz şi eşti tristă că fiul tău va merge la facultate. Cum poate fi asta din cauza menopauzei?"

Punctul acesta de vedere este lesne de înţeles. Gândeşte-te din nou la diagrama celor 5 M din capitolul 1. Menopauza nu are loc într-un vid. Patriarhatul a făcut ca multe dintre noi să se grăbească să dea vina pe hormoni pentru orice. Este adevărat, toţi căutăm răspunsuri uşoare – chiar şi medicii – dar în cazul femeilor care simt că sunt obosite sau la capătul puterilor, probabil că este vorba despre mai mult decât menopauză.

Fii precaută cu privire la terapiile noi sau inovatoare

Este un lucru obişnuit ca oamenii – în special medicii – să interpreteze în mod pozitiv semnalele mici din studii. De-a lungul timpului, femeile au fost vătămate de terapii care nu au fost evaluate temeinic şi, prin urmare, ele merită date de cea mai bună calitate. Problema este că acest lucru poate necesita timp şi, bineînţeles, cu toţii dorim să obţinem răspunsuri imediat.

Răfuiala în materie de reproducere

Simţeam o furie mocnită în timp ce mă aflam în perioada de tranziţie spre menopauză, iar aceasta nu a făcut decât să crească în intensitate. Am văzut-o şi la alte
femei şi acest lucru m-a făcut curioasă să
mă întreb de ce. Mi-a luat ceva timp să-mi organizez gândurile, pentru că, recunosc, în cea mai mare parte a timpului simţeam că aş vrea să scot un ţipăt lung şi primitiv. Deşi este cuantificabil pentru moment, ţipatul în eter este în cele din urmă epuizant şi nu este un instrument deosebit de bun de îngrijire de sine sau schimbare. Trebuia să înţeleg sursa furiei mele, pentru că numai aşa aveam să scap de ea şi să pot folosi această energie în mod constructiv. în timp ce scriam această carte, totul mi-a devenit în sfârşit clar.

A fi femeie înseamnă a coexista cu o provocare reproductiva unică impusă de biologie. în cazul meu, au existat menstruaţii abundente, diaree menstruală şi complicaţii grave ale sarcinii. Alte femei se confruntă cu obstacole şi suferinţe diferite, dar toate sunt consecinţele unei biologii „programate" să îmbunătăţească rezultatele reproductive. Organismul nu este perfect, aşa că unele femei sângerează prea mult, altele au sisteme imunitare care se întorc împotriva lor şi le provoacă boli precum artrita reumatoidă, iar altele fac hipertensiune arterială în timpul sarcinii sau depresie postnatală, iar acest lucru este „în regulă" la scară mare, deoarece evoluţia trebuie doar să fie suficient de bună. Dar suficient de bună înseamnă suficient de bună pentru multe, nu pentru toate.

Ecuaţia ciudată şi prost concepută a creierului mare şi a capacităţii de a merge în poziţie verticală – însuşi izvorul umanităţii – funcţionează doar pentru că femeile o îndură fizic, unele mai mult decât altele. Preţul evoluţiei şi tot ceea ce am realizat
J J J
datorită creierului şi mobilităţii noastre depinde literalmente de faptul că femeile suportă o povară fizică inechitabilă. Faptul că femeile au o biologie mai complicată decât a bărbaţilor nu este chiar un secret; la urma urmei, înainte de adoptarea Legii privind îngrijirea la preţuri accesibile în Statele Unite, a fi femeie era, în esenţă, o condiţie preexistentă.

în plus, tot femeile sunt şi cele care suportă, de obicei, mai multe consecinţe financiare ale biologiei lor, indiferent dacă au sau nu copii. Este mai probabil ca ele să aibă locuri de muncă mai prost plătite şi chiar şi atunci când fac o muncă egală cu cea a bărbaţilor sunt adesea plătite mai puţin. Cel mai bun/rău exemplu în acest sens este cel al obstetricienilor-ginecologi – în mare parte femei – care sunt plătiţi mai puţin pentru a face o biopsie vulvară decât primesc urologii – în mare parte bărbaţi – pentru a face o biopsie scrotală. Aceeaşi procedură, acelaşi echipament, acelaşi nivel de durere, aceleaşi consecinţe sexuale, dar plată diferită.

De asemenea, este mai probabil ca femeile să facă muncă neplătită: treburi casnice, cum ar fi gătitul, curăţenia şi îngrijirea copiilor, precum şi munca emoţională în gospodărie şi la birou.

Suprasolicitarea corpului nostru pentru a umple lacunele pare să fie codificată în ADN- ul nostru.

Femeile sunt manipulate să creadă că trupul lor – adică exact ceea ce le permite să rezolve ecuaţia creier mare-pelvis mic – sunt problematice şi că, prin urmare, şi ele sunt problematice. Suntem ba murdare, ba prostuţe, ba grase, ba dezgustătoare, ba slabe, ba pur şi simplu ne plângem prea mult. Suntem fortate să ne mulţumim cu un
I J
sistem medical conceput în mare parte să răspundă nevoilor bărbaţilor, iar preocupările noastre medicale sunt respinse ca nefiind
„atât de grave" sau ni se spune că sunt inventate.

Când mi-am început tranziţia spre menopauză, eram deja furioasă în legătură cu povara medicală şi socială inegală creată de uter, ovare, vagin şi vulvă – ca şi cum acestea ar fi sârma ghimpată de pe traseul plin de noroi al unei curse cu obstacole. Dar după ce am fost depus eforturi enorme, în loc să ajung pe câmpurile glorioase ale menopauzei, ceea ce mă aştepta a fost o resetare la versiunea Femeia 2.0 – un upgrade mai puţin dorit şi cu un alt set de obstacole medicale de tolerat. Un număr şi mai mare de moduri de a tăcea şi a înghiţi şi de a fi judecată ca fiind mai prejos decât bărbaţii. Este ca atunci când trebuie să o iei
J
de la capăt, dar mai rău, pentru că acum eşti considerată bătrână.
Şi atunci mi-am dat seama. Sursa furiei *9*
mele era această răfuială reproductivă, faptul că am înţeles atunci că menopauza este doar un alt mod în care povara perpetuării speciei este purtată în mod inegal de către femei şi încă un mod în care biologia noastră este folosită ca armă împotriva noastră. Este cel mai supărător aspect al îndoctrinării despre care vorbeam, deoarece această biologie – de la pubertate până la moarte – este cea care a permis la propriu existenţa omenirii aşa cum o cunoaştem.
9

Multe femei au fost condiţionate să se
J
teamă de menopauză ca de o dată de expirare a relevanţei lor şi ca de un semn de slăbiciune doar pentru că aşa o considerau bărbaţii. De fapt, avem aceste date uimitoare care ne spun că menopauza este exact contrariul – un moment în care, din punct de vedere istoric, femeile au contribuit cu lucruri măreţe la binele societăţii datorită
J J
cunoştinţelor şi experienţei lor. Da, menopauza are simptome şi este asociată unor probleme medicale, dar există asistenţă medicală şi, cu siguranţă, ea nu este o etapă care precedă morţii.

Când este spusă de o societate patriarhală, povestea menopauzei este una despre tinereţea pierdută, fragilitate şi depreciere. Dar povestea pe care vreau să ţi- o aminteşti este una despre valoare, autonomie şi putere de exprimare, precum şi despre cunoştinţele necesare pentru a te menţine în cea mai bună stare de sănătate, cerându-ţi în acelaşi timp un loc la aceeaşi masă cu bărbaţii.
J

Acesta este manifestul meu.

Materiale suplimentare

Tabele

Tabelul 1. Tipare de sângerare şi afecţiuni asociate în cazul femeilor cu vârsta de la 40 de ani până la ultima lor menstruaţie (presupunând că sarcina a fost exclusă)

TIPAR DE SÂNGERARE	**CALITATEA SÂNGERÂRII**	**CAUZE COMUNE**
Menstruaţii regulate	Pătarea între menstruaţii	Polip Cancer/leziuni precanceroase Infecţie

Menstruaţii regulate	Abundentă sau cu durată > 7 zile	Fibroame Adenomioza Cancer/leziuni precanceroase Medicamente/suplimente care afectează coagularea
Menstruaţii neregulate	Abundentă sau uşoară	Tranziţia spre menopauză Contracepţia hormonală Tratamentul hormonal al menopauzei Amenoreea hipotalamică Boala tiroidiană Prolactină crescută Cancer/leziuni precanceroase
Sângerare după sex	Poate varia de la o sângerare punctiformă până la o sângerare puternică	Polip la nivelul colului uterin Infecţie Cancer/leziuni precanceroase Inflamarea colului uterin

Tabelul 2. Produse comune de hidratare vaginală: pH şi osmolalitate, dacâ este cazul

PRODUS	**BAZĂ**	**PH**	**OSMOLALITATE**
HyaloGyn	Acid hialuronic	4,8	1 336
K-Y Liquidbeads	Silicon	Nu este cazul	Nu este cazul
Moist Again	Apă	5,68	187
Replens	Apă	3,0	1 177
Vagisil Prohydrate Natural Feel	Acid hialuronic	Nu este cazul	Nu este cazul
Yes – produs de hidratare vaginală	Apă	4,15	250

Tabelul 3. Hormoni vaginal! de calitate farmaceutică

PRODUS	**DOZAJ DE ÎNTREŢINERE f**	**NOTE**
Cremă cu estradiol 0,01 mg/g	0,5-l g, de două ori pe săptămână	Poate fi o opţiune mai bună pentru femeile cu iritatii şi dureri la nivelul vestibulului şi al vulvei.
Cremă cu EEC 0,625 mg/g	0,5-l g, de două ori pe săptămână	Poate fi o opţiune mai bună pentru femeile cu iritatii şi dureri la nivelul vestibulului şi al vulvei.

Inel cu estradiol 7,5 mcg/zi	1 inel schimbat la fiecare 3 luni	Poate ieşi din discuţie în cazul unor femei cu prolaps. Pentru unele femei, poate fi dureros la introducere, iar altele, în special cele care suferă de artrită, pot avea dificultăţi la introducere şi scoatere. Doză foarte mică.*
Estradiol 4 mcg capsulă gelatinoasă	1, de două ori pe săptămână	Fără aplicator şi minimă murdărire. Doză foarte mică.*
Estradiol 10 mcg capsulă gelatinoasă	1, de două ori pe săptămână	Fără aplicator şi minimă murdărire. Doză foarte mică.*
Estradiol 10 mcg tabletă	1, de două ori pe săptămână	Preîncărcat în aplicator de plastic, unele femei sunt deranjate de impactul asupra mediului.*
DHEA6,5mg	1 pe zi	

* Variantele cu doze foarte mici nu par să aibă ca rezultat o absorbţie măsurabilă de estradiol în sânge, iar nivelurile de estradiol rămân în intervalul specific menopauzei, care este <20 pg/ml.

Tabelul 4. Doze echivalente pentru diferiţi estrogeni şi sisteme de administrare

f

	DOZĂ ECHIVALENTĂ	**SURSĂ**
ORALĂO		
Estradiol	1 mg	Parţial sintetic *t*
EEC	0,625 mg	Natural
EC	0,625 mg	Parţial sintetic »
Etinilestradiol	0,005 mg (sau 5 mcg)	Parţial sintetic *t* sau sintetic
Estropipate	0,625 mg	Parţial sintetic /
Estrogeni esterificati »	0,625 mg	Parţial sintetic
TRANSDERMICĂ		
Plasture cu estradiol (matrix)*	0,05 mg	Partial sintetic *t*
Plasture cu estradiol (reservoir)*	0,05 mg	Partial sintetic *t*
Gel cu estradiol	3 mărci diferite cu sisteme de administrare diferite, vezi tabelul 5	Partial sintetic »

Emulsie cu estradiol	2 pachete	Semisintetic
Spray cu estradiol	3 sprayuri	Semisintetic
VAGINALĂ		
Inel cu estradiol	0,5 mg	Semisintetic

*în cazul unui plasture cu matrice, estradiolul se află în adeziv, în timp ce în cazul plasturelui cu rezervor, acesta se află într-un rezervor deasupra adezivului.

Tabelul 5. Doze echivalente pentru gelurile cu estradiol

	DOZĂ	**LOCUL APLICĂRII**	**NIVELURI DE ESTRADIOL**
EstroGel	1 pompă	Braţ, de la încheietura mâinii până la umăr	35 mcg
Divigel	pachet de 1 g	Partea superioară a coapsei	34 mcg
El est rin	2 pompe	Partea superioară a braţului/a umărului	37,5 mcg

Tabelul 6. Progestogeni în Statele Unite ale Americii şi Canada

PROGESTOGEN	**CLASA**	**CĂI DE ADMINISTRARE**
drospirenonă	derivat de spironolactonă	oral
levonorgestrel	derivat de testosteron	oral, intrauterin (DIU), transdermic
acetat de medroxiprogesteron	derivat de progesteron	oral
acetat de noretindronă	derivat de testosteron	oral, transdermic
norgestimat	derivat de testosteron	oral
progesteron	progesteron	oral, gel vaginal

Tabelul 7. Regimurile progestogenilor

	PROGESTOGEN	**NOTE SUPLIMENTARE**
Continuu	Zilnic	• Tranziţia la menopauză: poate agrava neregulile de sângerare. • Postmenopauză: nu ar trebui să reia menstruatiile (majoritatea femeilor preferă să nu aibă sângerare).

Ciclic	12-14 zile/lună	• Tranziţia la menopauză: Cel mai puţin probabil să agraveze tiparele de sângerare.O • Postmenopauză: 80% dintre femei vor avea unele sângerări în fiecare ciclu.
Intermitent	3 zile da şi 3 zile nu	• Poate fi util pentru femeile care au sângerări persistente după menopauză dacă iau tratament continuu şi care doresc să nu mai aibă sângerări.
Ciclu lung	14 zile la fiecare 2-6 luni	• Sângerări mai abundente, dar mai puţin frecvente. • Abordarea cea mai puţin preferată, deoarece este posibil ca expunerea să nu fie suficientă pentru a reduce riscul de cancer; necesită o consultare aprofundată şi o monitorizare specială.

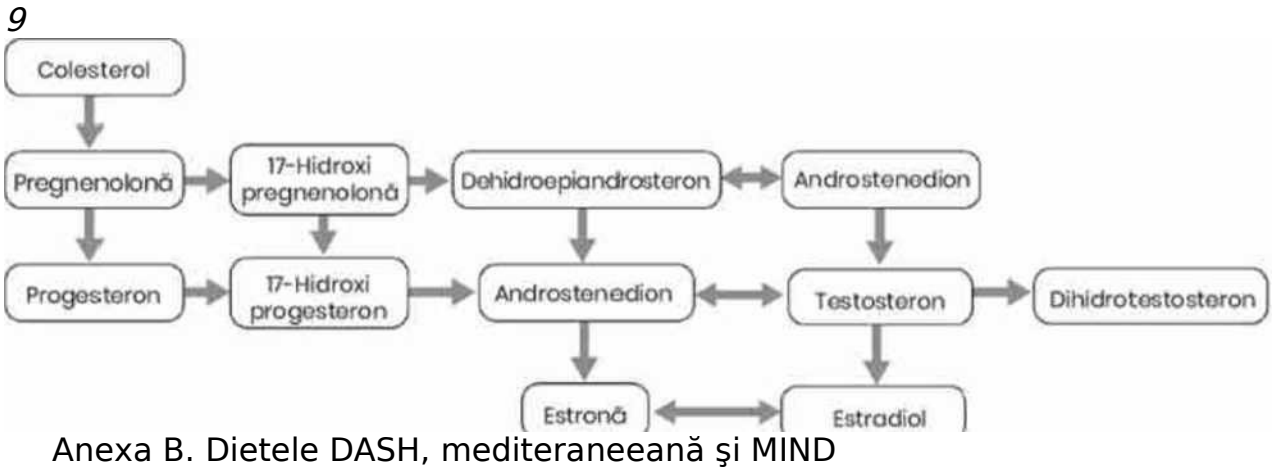
Tabelul 8. DIU cu levonorgestrel în Statele Unite ale Americii (începând din august 2020)

NUMELE MĂRCII	**TOTAL HORMON**	**HORMON ELIBERAT ZILNIC**	**DURATA DE UTILIZARE (APROBATĂ DE FDA)**	**UTILIZARE EXTII (STUDIILE SUSŢ UTILIZAREADINI DE RECOMANDĂ FDA)**
Mirena	52 mg	20 mcg	5 ani	7 ani
Lilette	52 mg	18,6 mcg	4 ani	5 ani
Kyleena	19,5 mg	17,5 mcg	5 ani	Nu există date
Slya	13,5 mg	14 mcg	3 ani	Nu există date

ANEXE

Anexa A. Sinteza estradiolului, a estronei şi a testosteronului din colesterol

9



Anexa B. Dietele DASH, mediteraneeană şi MIND

I

MSÄ IN :OLO **.RILE**

DASH	**MEDITERANEEANĂ**	**MIND**

Cereale integrale zilnic Legume zilnic Fructe zilnic Lactate, cu conţinut scăzut de grăsimi sau degresate, 2-3 porţii/zi Carne de pasăre, 2 porţii/săptămână Peste şi fructe de mare, l-2 porţii/săptămână <2 porţii/zi Leguminoase, 2 porţii/săptămână Nuci, seminţe, 4- 5 porţii/săptămână Grăsimi şi uleiuri, 2-3 porţii pe zi Dulciuri, <5 porţii pe săptămână	Cereale integrale, l-2 porţii/masă la masă principală Legume >2 porţii/masă Fructe, l-2 porţii/masă Măsline/nuci/seminţe, l-2 porţii/zi Cartofi <3 porţii/săptămână Leguminoase >2 porţii/săptămână Peşte, fructe de mare >2 porţii/săptămână Carne de pasăre/carne albă 2 porţii/săptămână Ouă 2-4 porţii/săptămână Lactate cu conţinut 1 scăzut de grăsimi 2 porţii/zi Carne roşie <1 porţie/săptămână Carne procesată <1 porţie/săptămână Dulciuri <2 porţii/săptămână Vin roşu, cu moderaţie	Legume cu frunze verzi, >6 porţii/săptămână Alte legume, >1 porţie/zi Fructe de pădure >2 porţii/săptămână Cereale integrale >3 porţii/zi Peşte >1 porţie pe săptămână Carne de pasăre >2 porţii pe săptămână Fasole >3 porţii/săptămână Nuci >5 porţii/săptămână Vin 1 pahar/zi Unt<1 lingură/zi Brânză <1 porţie/săptămână Carne roşie <4 porţii/săptămână Produse de patiserie şi dulciuri <5 porţii/săptămână Ulei de măsline

Bibliografie selectivă

CAPITOLUL 1. A DOUA MATURIZARE

Menopause Practice: A Clinician's Guide, ediţia *6,* C.J. Crandall (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L. *et al.,* „The menopause transition and women's health at midlife: A progress report, from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)", *Menopause,* nr. 26, 2019, p. 1213.

Epperson, C.N., Sammel, M.D., Bale, T.L. *etal.,* „Adverse childhood experiences and risk for first-episode major depression during the menopause transition", în *Journal of Clinical Psychiatry,* 2017, p. 78.

CAPITOLUL 2. ISTORIA SI LIMBAJUL MENOPAUZEI

f

Dean-Jones, L., „Menstrual bleeding according to the Hippocratics and Aristotle", *Transactions of the American Philological Association,* 1989, p. 119.

Bonnard, J.-B. Trans, L.E. Doherty, V. Sebillotte Cuchet, „Male and female bodies according to ancient Greek physicians", *Clio,* 2012, p. 37.

Gentle, K.M., *Reclaiming the Role of the Old Priestess: Ritual Agency and the Post-Menopausal Body în Ancient Greece,* disertaţie, program de masterat în greacă şi latină, Ohio State University, 2009.

Stolberg, M., „A woman's hell? Medical perceptions of menopause în preindustrial Europe", *Bulletin of the History of Medicine,* 1999, p. 73.

Un medic, *The Ladies Physician Directory,* 1727. Tipărită şi vândută de autor prin împuternicirea
domnişoarei de la Two Blue Posts din Haydon-Yard, în Minories.

Fothergill, J., „On the management proper at the cessation of the menses", *Medical Observations and Inquiries,* vol. 5, 1776, pp. 160-86. Retipărit în F. Churchill, ediţia *Essays on the Puerpal Fever and Other Diseases Peculiar to Women.* Selecţie din *r*
scrierile autorilor britanici de dinainte de sfârşitul f
secolului al XVIII-lea (1849), Sydenham Society Publications, Londra, pp. 503-516.

De Gardanne, C.P.L., „Sur les avis à donner aux femmes qui entrent dans l'âge critique", disertaţie, 1812.

De Gardanne, C.P.L., *Avis aux femmes qui entrent dans riâge critique,* ediţia I, De J. Moronval, Paris, 1816.

De Gardanne, C.P.L., *De la menopause, ou de l'âge critique des femmes,* ediţia a ll-a, Meguig non- Marvis, Paris, 1821.

Tilt, E.J., *The change of life în health and disease,* ediţia a ll-a, John Churchill, Londra, 1857.

Tillier, A., „Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles", *Clio Histoire, femmes et sociétés,* 2005, p. 21.

Minkin, M.J., Reiter, S., Maamari, R., „Prevalence of postmenopausal symptoms în North

America and Europe", *Menopause,* 2015, p. 22.

CAPITOLUL 3. BIOLOGIA MENOPAUZEI

Burger, H.G., Hale, G.E., Dennerstein, L., Robertson, D.M., „Cycle and hormone changes during perimenopause: The key role of ovarian function", *Menopause,* nr. 15, vol. 4, 2008, pp. 603-612.

Taylor, H.S., Pal, L., Sell, E., *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility,* ediţia a IX- a, Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2019.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia a Vl-a, C.J. Crandall (ed. şef), North American Menopause
Society, 2019.

Broekmans, F.J., Soules, M.R., Fauser, B.C., „Ovarian aging: Mechanisms and clinical consequences", *Endocrine Reviews,* 2009, p. 30; *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 2012, p. 97.

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L. *et al.,* „The menopause transition and women’s health at midlife: A progress report from the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN)", *Menopause,* nr. 26, 2019, p. 1213.

Tepper, P.G., Randolph, J.F., Jr., McConnell, D.S. et *al.,* „Trajectory clustering of estradiol and follicle- stimulating hormone during the menopausal transition among women în the Study of Women’s Health across the Nation (SWAN)".

„The use of Antimullerian hormone în women not seeking fertility care", opinia nr. 773 a comitetului ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* 2019, p. 133.

de Kat, A., van de Schouw, Y.T., Eijkemans, M.J.C. *etal.,* „Can menopause prediction be improved with multiple AMH measurements? Results from the Prospective Doetinchem Cohort Study", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 2019, p. 104.

CAPITOLUL 4. AVANTAJUL EVOLUTIV AL MENOPAUZEI

Amundsen, D.W., Diers, C.J., „The age of menopause în classical Greece and Rome", *Human Biology,* 1970, p. 42.

Pollycove, R., Naftolin, F., Simon, J.A., „The evolutionary origin and significance of menopause", *Menopause,* 2011, p. 18.

Thompson, M.E., „Comparative reproductive energetics of human and nonhuman primates", *Annual Review of Anthropology,* 2013, p. 42.

Pliniu cel Bătrân, The Natural History; perseus.tufts.edu/hopper/text?
doc=Perseus%3Atext%3A1999.02.0137%3Abook%3D7°/c

Social Security Actuarial Life Tables, accesat la 16 mai 2020, ssa.gov/oact/STATS/table 4c6.html.

Gurven, M.D., Gomes, C.M., „Mortality, senescence, and life span", M.N. Muller, R.W. Wrangham, D.R. Pilbeam (ed.), *Chimpanzees and Human Evolution,* Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachussetts, 2017, pp. 181-216.

Shanley, D.P., Kirkwood, T.B.L., „Evolution of the human menopause", *BioEssays,* 2001, p. 23. Hawkes, K., O'Connell, J.F., Jones, B., „Hadza Women's time allocation, offspring provisioning, and the evolution of long postmenopausal life spans", *Current Anthropology,* 1997, p. 38.

Croft, D.P., Johnstone, R.A., Ellis, S. *et al.,* „Reproductive conflict and the evolution of menopause în killer whales", *Current Biology,* 2017, p. 27.

Schubert, C., „Benefits of menopause: Good fishing", *Biology of Reproduction,* 2015, p. 92.

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L et *al.,* „The menopause transition and women's health at midlife: A progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)", *Menopause,* nr. 26, 2019, p. 1213.

Arnot, M., Mace, R., „Sexual frequency is associated with age of natural menopause: Results from the Study of Women's Health Across the Nation", *Royal Society Open Science,* nr. 7, p. 191020.

CAPITOLUL 5. MOMENTUL MENOPAUZEI

Morris, D.H., Jones, M.E., Schoemaker, M.J. *et al.,* „Familial concordance for age at natural menopause: Results from the Breakthrough Generations Study", *Menopause,* 2011, p. 18. Bjelland, E.K., Hofvind, S., Byberg, L *et al.,* „The relation of age at menarche and age at natural menopause:)3Ach^ptpd^8lM®în-based study of 336788 women în Norway", *Human Reproduction,* 2018, p. 33.

Klonoff-Cohen, H.S., Natarajan, L, Chen, R.V., „A prospective study of the effects of female and male marijuana use on în vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian transfer (GIFT) outcomes", *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* nr. 194, 2006, pp. 369-376.

Gargiulo, A.R., *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology E-Book,* Elsevier Health Sciences, ediţie Kindle, New York.

Song, T, Kim, M.K., Kim, M.L *et al.,* „Impact of opportunistic salpingectomy on anti-Mullerian hormone în patients undergoing laparoscopic hysterectomy: A multicentre randomised controlled trial", *BJOG,* 2017, p. 124.

Mahal, A.S., Rhoads, K.F., Elliott, C.S., Sokol, E.R., „Inappropriate oophorectomy at time of benign premenopausal hysterectomy", *Menopause,* nr. 24, vol. 8, 2017, p. 947.

„Infertility workup for the women's health specialist", opinia nr. 781 a comitetului ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* nr. 133, 2019, pp. e377-384.

Parker, W.H., Broder M.S., Liu Z. et *al.,* „Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease", *Obstet Gynecol,* 2005, p. 106.

Hammer, A., Rositch, A.F., Kahlert, J. *et al.,* „Global epidemiology of hysterectomy: Possible impact on gynecological cancer rates", *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* 2015, p. 7.

Ding, N., Harlow, S.D., Randolph, J.F. *et al.,* „Associations of perfluoroalkyl substances with incident natural menopause: The Study of Women's Health Across the Nation", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 3 iunie 2020.

Ainsworth, A.J., Baumgarten, S.C., Bakkum-Gamez, J.N. et a/., „Tubal ligation and age at natural menopause", *Obstetrics & Gynecology,* 2019, p. 133.

Gold, E.B., Crawford, S.L., Avis, N.E. *et al.,* „Factors related to age at natural menopause: Longitudinal analyses from SWAN", *American Journal of Epidemiology,* 2013, p. 178.

CAPITOLUL 6. CÂND MENSTRUAŢIA ŞI OVULAŢIA SE OPRESC ÎNAINTE DE 40 DE ANI

„Hormone therapy în primary ovarian insufficiency", opinia nr. 698 a American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* 2017, p. 129.

„Primary ovarian insufficiency în adolescents and young women", opinia nr. 605 a American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* 2014, p. 123.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia a Vl-a, C.J. Crandall (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
Andany, N., Kaida, A., de Pokomandy, A. *et al.,* „Prevalence and correlates of early-onset menopause among women living with HIV în Canada", *Menopause,* 2019, p. 27.
Pan, M.-L., Chen, L.-R., Tsao, H.-M., Chen, K.-H., „Polycystic ovarian syndrome and the risk of subsequent primary ovarian insufficiency: A nationwide population-based study", *Menopause,*
2017, p. 24.
Christ, J.P., Gunning, M.N., Palia, G. *et al.,* „Estrogen deprivation and cardiovascular disease risk în primary ovarian insufficiency", *Fertility and Sterility,*
2018, p. 109.

CAPITOLUL 7. METAMORFOZELE MENOPAUZEI

Strings, S., *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia,* NYU Press, New York, 2019.
Hetemaki, N., Savolainen-Peltonen, H., Tikkanen, M.J. *et al.,* „Estrogen metabolism în abdominal subcutaneous and visceral adipose tissue în postmenopausal women", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 2017, p. 102.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia a Vl-a, C.J. Crandall (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
Ambikairajah, A., Walsh, E., Tabatabaei-Jafari, H. et *al.,* „Fat Mass changes during menopause: A metanalysis", *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 2019.
Christakis, M.K., Hasan, H., De Souza, L. *et al.,* „The effect of menopause on metabolic syndrome: Cross-sectional results from the Canadian Longitudinal Study on Aging", *Menopause,* 2020, p. *T1*. Davis, S.R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P *et al.,* „Understanding weight gain at menopause", *Climacteric,* 2012, p. 15.
Pollock, R.D., Carter, S., Velloso, C.P. *et al.,* „An investigation into the relationship between age and physiological function în highly active older adults", *Journal of Physiology,* 2015, p. 3.
van Gemert, W.A., Peeters, P.H., May, A.M. *et al.,* „Effect of diet with or without exercise on abdominal fat în postmenopausal women – a randomised trial", *BMC Public Health,* 2019, p. 19.

CAPITOLUL 8. MIEZUL PROBLEMEI

Zheng, Y, Wen, T.S., Shen, Y. *et al.,* „Age at menarche and cardiovascular health", *Menopause,* septembrie 2020 (publicat înainte de tipar).
Wang, D., Jackson, C.A., Karvonen-Gutierrez, M.R. *et al.,* „Healthy lifestyle during the midlife is prospectively associated with less subclinical carotid atherosclerosis: The Study of Women's
Health Across the Nation", *Journal of the American Heart Association,* 2018, p. 7.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia a Vl-a, C.J. Crandall (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
Norris, C.M., Yip, C.Y.Y., Nerenberg, K.A. *et al.,* „State of the science în women's cardiovascular disease: A Canadian perspective on the influence of sex and gender", *Journal of the American Heart Association,* 2020, p. 9.
Al-Salameh, A., Chanson, R, Bucher, S. et *al.,* „Cardiovascular disease în type 2 diabetes: A review of sex-related differences în predisposition and prevention", *Mayo Clinic Proceedings,* 2019, p. 94.

CAPITOLUL 9. ESTE CALD SAU MI SE PARE?

Tepper, RG., Brooks, M.M., Randolph, J.F. *et al.,* „Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition", *Menopause,* 2016, p. 23.
Avis, N.E., Crawford, S.L., Greendale, G. *et al.,* „Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition", *JAMA Internal Medicine,* 2015, p. 175.
Zeserson, J.M., „How Japanese women talk about hot flushes: Implications for menopause research", *Medical Anthropology Quarterly,* 2001, p. 15.
Brown, D.E., Leidy Sievert, L., Morrison, LA. *et al.,* „Do Japanese American women really have fewer hot flashes than European Americans? The HiLo Health Study", *Menopause,* 2009, p. 16. *Menopause Practice, A Clinician's Guide,* ediţia 6, C.J. Crandall (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
„Management of Menopausal Symptoms ACOG", buletin de practică nr. 514, *American College of Obstetricians and Gynecologists,* 2014.
„Nonhormonal management of menopausal- associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of the North American Menopause Society", *Menopause,* 2015, p. 22.
Kickey, M., „Non-hormonal treatments for menopausal symptoms", *BMJ,* 2017, p. 359.
Leach, M.J., Moore, V., „Black cohosh *(Cimicifuga spp.)* for menopausal symptoms", *Cochrane Database of Systematic Reviews,* nr. 9, 2012, art. nr. CD007244.
Liu, Zh., Ai, Y, Wang, W. et *al.,* „Acupuncture for symptoms în menopause transition: A randomized controlled trial", *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 2018, p. 219.
Depypere, H., Timmerman, D., Doders, G. *et al.,* „Treatment of menopausal vasomotor symptoms with ezolinetant, a neurokinin 3 receptor antagonist: A phase 2a trial", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 2019, p. 104.

CAPITOLUL 10. HAOSUL MENSTRUAL

„Management of acute abnormal uterine bleeding în non-pregnant reproductive-aged women", opinia comitetului nr. 557, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* 2013, p. 121.
„Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction", buletin de practică nr. 136, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013.
Middleton, I_____I., Champanera, R., Daniels, J.P. et *al.,*
„Hysterectomy, endometrial ablation, and levonorgestrel releasing system (Mirena) for treatment of heavy menstrual bleeding: Systemic review and meta-analysis of data from individual patients", *BMJ,* 2010, p. 341.
Beelen, R, Reinders, I.M.A., Scheepers, W.F.W. *et al.,* „Prognostic factors for the failure of endometrial ablation", *Obstetrics & Gynecology,* 2019, p. 134.
Bulun, S.E., „Uterine fibroids" *New England Journal of Medicine,* 2013, p. 369.
Manyonda, A.-M., Belli, M.-A., Lumsden, J. et *al.,* „Uterine-artery embolization for myomectomy for uterine fibroids", *New England Journal of Medicine,* 2020, p. 383.

Schaff, W.D., Ackerman, R.T., Al-Hendry, A. *et al.,* „Elagolix for heavy menstrual bleeding în women with uterine fibroids", *New England Journal of Medicine,* 2020, p. 382.

CAPITOLUL 11. SĂNĂTATEA OASELOR

„Osteoporosis în menopause", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada,* 2014, p. 36.
Jha, S., Wang, Z., Laucis, N. *et al.,* „Trends în media reports, oral bisphosphonate prescriptions, and hip fractures 1996-2012: An ecological analysis", *Journal of Bone and Mineral Research,* 2015, p. 30.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia a Vl-a, Crandall C.J. (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
Guidelines for Women's Health Care, A Resource Manual, ediţia a IV-a, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014.

CAPITOLUL 12. CREIERUL TAU LA MENOPAUZA

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L *et al.,* „The menopause transition and women's health at midlife: A progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)", *Menopause,* nr. 26, 2019, p. 1213.
Bromberger, J.T., Kravitz, H.M., „Mood and menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over ten years", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America,* 2011, p. 38.
Greendale, G.A., Wight, R.G., Huang, M.H. *et al.,* „Menopause-associated symptoms and cognitive performance: Results from the Study of Women's Health Across the Nation", *American Journal of Epidemiology,* 2020, p. 171.
Cohen, LS., Soares, C.N., Vitonos, A.F. *et al.,* „Risk of new onset depression during the menopausal transition", *Archives of General Psychiatry,* 2006, p. 63.
Greendale, G.A., Karlamangla, A.S., Mali, P.M., „The menopause transition and cognition", *Journal of the American Medical Association,* 2020, doi: 10.1001 /jama.2020.1757.
Miller, V.M., Naftolin, F., Asthgana, S. *etal.,* „The Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS): What have we learned?", *Menopause,* 2019, p. 26.
Savolainen-Peltonen, H., Rahkola-Soisalo, P., Hoti, F. *et al.,* „Use of postmenopausal hormone therapy and risk of Alzheimer's disease în Finland: Nationwide case-control study", *BMJ,* nr. 364, 2019, p. I665.

CAPITOLUL 13. VAGINUL SI VULVA

Suh, D.D., Yang, C.C., Cao, Y, Garland, P.A. *et al.,* „Magnetic resonance imaging anatomy of the female genitalia în premenopausal and postmenopausal women", *The Journal of Urology,* nr. 170, 2003, pp. 138-144.
„The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of the North American Menopause Society", *Menopause,* 2020, p. 27.
Lindau, S.T., Dude, A., Gavrilova, N., Hoffman, J.N., Schumm, L.P., McClintock, M.A., „Prevalence and correlates of vaginal estrogenization în postmenopausal women în the United States", *Menopause,* nr. 24, 2017, pp. 536-545.
Edwards, D., Panay, N., „Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause:
How important is vaginal lubricant and moisturizer composition?", *Climacteric,* 2016, p. 19.
Gunter, J. *The Vagina Bible,* capitolele 1 şi 2, Kensington, New York, 2019. *Vezi şi* ediţia în limba română: Gunter, J. *Biblia vaginului,* capitolele 1 şi 2, traducere de Margareta Manole, Curtea Veche Publishing, Bucureşti, 2021.
Shifren, J.L, „Genitourinary syndrome of menopause", *Clinical Obstetrics and Gynecology,* 2018.
Ghandhi, J., Chen, A., Dagur, G. *et al.,* „Genitourinary syndrome of menopause: An overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management", *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* decembrie 2016.
Rahn, D.D., Carberry, C., Sanses, T.V. *et al.,* „Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause. A systemic review", *Obstetrics & Gynecology,* nr. 124, vol. 5, 2014, pp. 1147-1156.
Hickey, M., Szabo, R.A., Hunter, M.S., „Non-hormonal treatments for menopausal symptoms", *BMJ,* 2017, p. 359.
„The Use of Vaginal Estrogen în Women with a History of Estrogen-Dependent Cancer", ACOG Committee Opinion Number 659, martie 2016.
Paraiso, F.M.R., Ferrando, C.A., Sokol, E.R. *et al.,* „A randomized clinical trial comparing vaginal laser therapy to vaginal estrogen therapy în women with genitourinary syndrome of menopause: The VeLVET Trial", *Menopause,* 2019, p. 27.

CAPITOLUL 14. SĂNĂTATEA VEZICII URINARE

Krause, M., Wheeler, T.L., II, Snyder, TE. *et al.,* „Local effects of vaginally administered estrogen therapy: A review", *Journal of Pelvic Medicine and Surgery,* 2009, p. 15.
Brubaker, L, Carberry, C., Nardos, R. *et al.,* „American Urogynecologic Society Best-Practice Statement:
Recurrent urinary tract infection în adult women" *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery,* 2018, p. 24.
„Urinary incontinence în women", buletin de practică nr. 155, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* nr. 126, 2015, pp. e66-e81.
Nicolle, LE., „Cranberry for prevention of urinary tract infection? Time to move on", *Journal of the American Medical Association,* 2016, p. 16141.
„Pelvic organ prolapse", buletin de practică 185, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* 2017, p. 130.

CAPITOLUL 15. SĂ VORBIM DESPRE SEX

Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E. et *al.,* „Women's sexual desire and arousal disorders", *Journal of Sexual Medicine,* 2010, p. 7.
Brotto, L., „Evidence-based treatments for low sexual desire în women", *Frontiers Neuroendocrinology,* 2017, p. 45.
Moynihan, R., „Evening the score on sex drugs: feminist movement or marketing masquerade?", *BMJ,* nr. 349, 2014, p. g6246.
„Female sexual dysfunction", buletin de practică nr. 213, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* 2019, p. 134.
Meixel, A. *et al., Journal of Medical Ethics,* 2015, p. 41.
Reed, B.G., Bou Nemer, L., Carr, B.R., „Has testosterone passed the test în premenopausal women with low libido? A systemic review", *Journal of Women's Health,* 2016, p. 8.
„Bremelanotide (Vylessi) for hypoactive sexual desire disorder", *Medical Letter on Drugs and*

Therapeutics, 2019, p. 61.
„Flibanserin (Addyi) for hypoactive sexual desire disorder", *Medical Letter on Drugs and Therapeutics,* 2015, p. 57.
Brotto, LA., Basson, R., „Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire în women", *Behavior Research and Therapy,* 2014, p. 57.
Segraves, R.T., Clayton, A., Croft, H. *et al.,* „Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder în premenopausal women", *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 2004, p. 24.
Nürnberg, H.G., Hensley, P.L, Heiman, J.R. *et al.,* „Sildenafil treatment of women with antidepressant- associated sexual dysfunction: A randomized controlled trial", *Journal of the American Medical Association,* 2008, p. 300.
Shifren, J.L, Davis, S.R., „Androgens în postmenopausal women: A review", *Menopause,* 2017, p. 24.
Davis, S.R., Baber, R., Panay, N. *et al.,* „Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 2019, p. 104.
Davis, S.R., Moreau, M., Kroll, R. *et al.,* „Testosterone for low libido în postmenopausal women not taking estrogen", *New England Journal of Medicine,* 2008, p. 359.

CAPITOLUL 16. MĂ VOI MAI SIMŢI VREODATĂ ODIHNITĂ?

Baker, F.C., Lampio, L, Saaresranta, T. *et al.,* „Sleep and sleep disorders în the menopause transition", *Sleep Medicine,* 2018, p. 13.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia 6, Crandall C.J. (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
Xu, M., Bélanger, L, Ivers, H. *et al.,* „Comparison of subjective and objective sleep quality în menopausal and non-menopausal women with insomnia", *Sleep Medicine,* 2011, p. 12.
Kravitz, H.M., Janssen, L, Bromberger, J.T. et *al.,* „Sleep trajectories before and after the final menstrual period în the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)", *Current Sleep Medicine Review,* 2017, p. 3.
Lampio, L, Polo-Kantola, R, Polo, 0. *et al.,* „Sleep în midlife women: Effects of menopause, vasomotor symptoms, and depressive symptoms", *Menopause,* 2014, p. 21.
Zolfaghari, S., Yao, C., Thompson, C. et *al.,* „Effects of menopause on sleep quality and sleep disorders: Canadian Longitudinal Study on Aging", *Menopause,* 2019, p. 27.

CAPITOLUL 17. TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI

„The "Marker Degradation" and Creation of the Mexican Steroid Hormone Industry 1938-1945. The Historic Chemical Landmarks Program", American Chemical Society.
Wilson, R.A., *Feminine Forever,* M. Evans and Company, New York, 1966.
Reza, A., *Marketing Menopause: An Analysis of How the Marketing of Premarin Changed as Societal Perception of Menopause Changed,* Carleton University, Ottawa, 2009.
„Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phase of the Women's Health Initiative randomized trials", rezumat executiv, *Journal of the American Medical Association,* octombrie 2013.
Langer, R.D., „The evidence base for HRT: What can we believe?", *Climacteric,* 2017.
Vinogradova, Y, Coupland, C., Hippisley-Cox, J., „Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases", *BMJ,* 2019, p. 364.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia 6, Crandall C.J. (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
Manson, J.E., Bassuk, S.S., Kaunitz, A.M. *et al.,* „The Women's Health Initiative trials of menopausal hormone therapy: Lessons learned", *Menopause,* 2020, p. 27.

CAPITOLUL 18. UNIVERSUL CINEMATIC AL HORMONILOR

„The 2017 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society", *Menopause,* 2017, p. 24.
Minami, C.A., Freedman, R.A., „Menopausal hormone therapy and long-term breast cancer risk. Further data from the Women's Health Initiative trials", *Journal of the American Medical Association,* 2020, p. 324.
Reame, N.K., „Estetrol for menopause symptoms: The Cinderella of estrogens or just another fairy tale?" *Menopause,* 2020, p. *T1.*
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia 6, Crandall C.J. (ed. şef), North American Menopause Society, 2019.
„Postmenopausal estrogen therapy: Route of administration and risk of venous thromboembolism", opinia comitetului nr. 556, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* nr. 121, 2013, pp. 887-890.
Bagot, C.N., Marsh, M.S., Whitehead, M. *et al.,* „The effect of estrone on thrombin generation may explain the different thrombotic risk between oral and transdermal hormone replacement therapy", *Journal of Thrombosis and Haemostasis,* 2010.
Stute, R, Wildt, L., Neulen, J., „The impact of micronized progesterone on breast cancer risk: A systematic review" *Climacteric,* 2018, p. 21.

CAPITOLUL 19. FITOESTROGENII, ALIMENTELE SI HORMONII

Rowland, I., Faughnan, M., Hoey, L, „Bioavailability of phytoestrogens", *British Journal of Nutrition,* 2003, p. 89.
Patisaul, H.B., „Endocrine disruption by dietary phytooestrogens: Impact on dimorphic sexual systems and behaviours", *Proceedings of the Nutrition Society,* 2017, p. 76.
Shappell, N.W., Berg, E.R, Magolski, J.D. *et al.,* „An în vitro comparison of estrogenic equivalents per serving size of some common foods", *Journal of Food Science,* 2019.
Zamora-Ros, R., Knaze, V., Lujan-Barroso, L. *et al.,* „Dietary intakes and food sources of phytoestrogens în the European Prospective Investigation into cancer and nutrition (EPIC) 24-hours dietary recall cohort", *European Journal of Clinical Nutrition,* 2012, p. 66.
Steinberg, F.M., Murray, M.J., Lewis, R.D. *et al.,* „Clinical outcomes of a 2-year soy isoflavone supplementation în menopausal women", *American Journal of Clinical Nutrition,* 2011, p. 93.
Michaelsson, K., Wolk, A., Langenskiold, S. *et al.,* „Milk intake and risk of mortality and fractures în women and men: Cohort studies", *BMJ,* 2014, p. 349.

CAPITOLUL 20. HORMONII BIOIDENTICI NATURALI

SI PREPARATELE MAGISTRALE
Bhavnani, B.R., Stancyk, F.Z., „Misconception and concerns about bioidentical hormones used for
custom-compounded hormone therapy", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 2012, p. 97.
„The Clinical Utility of Compounded Bioidentical Hormone Therapy: A Review of Safety, Effectiveness, and Use", The National Academies Press, Washington, DC, 2020.
„Experts slam Oprah and Somers[7] take on menopause", *Newsweek, 8* februarie 2009, accesat la 19 noiembrie 2020 pe newsweek.com/experts- slam-oprah-and-somers-take-menopause-82463.
„FDA statement on improving adverse event reporting of compounded drugs to protect patients", accesat la 19 noiembrie 2020 pe fda.gov/news- events/press-announcements/ statement-
improving-adverse-event-reporting-compounded- drugs-protect-patients.
„Disciplinary order, Prudence Hall, MD, Medical Board California", accesat la 19 noiembrie 2020 pe 4patientsafety.org/documents/Hall,%20Prudence%20Eli 08-03.pdf.
Liss, J., Santoro, N., „Stand firm with science: The compounded bioidentical hormone industry needs major changes în oversight to keep consumers safe", *Contemporary OB/GYN,* 2020, p. 65.
CAPITOLUL 21. DIETE LA MENOPAUZĂ
„Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Health implications of dietary fiber", *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics,* 2015, p. 115.
Boutot, M.E., Purdue-Smith, A., Whitcomb, B.W., „Dietary protein intake and early menopause în the Nurses[7] Health Study II", *American Journal of Epidemiology,* 2017, p. 187.
Dunneram, Y., Greenwood, D.C., Burley, V.J. *et al.,* „Dietary intake and age at natural menopause: Results from the UK Women's Cohort Study", *Journal of Epidemiology and Community Health,* nr. 72, 2018, pp. 733-740.
Marcason, W., „What are the components to the MIND diet?", *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics,* 2015, p. 115.
Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A. *et al.,* „Mediterranean diet and multiple health outcomes: An umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials", *European Journal of Clinical Nutrition,* 2018, p. 72.
Martinez, Steele E., Galastri Baraldi, L, Laura da Costa Louzada, M. *et al.,* „Ultra-processed foods and added sugars în the US diet: Evidence from a nationally representative cross-sectional study", *BMJ Open,* nr. 6, 2016, p. e009892.
Hall, K.D., Ayuketah, A., Brychta, R. *et al.,* „Ultraprocessed diets cause excess calorie intake and weight gain: An inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake", *Cell Metabolism,* 2019, p. 19.
zabeth%202018-
CAPITOLUL 22. „MENOCEUTICELE"
„Nonhormonal management of menopause- associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of the North American Menopause Society", *Menopause,* 2015, p. 22.
„The composition of certain secret remedies", *BMJ,* 1911, p. 2.
Horwitz, R., *Lydia Pinkham's Vegetable Compound (1873-1906),* Embryo Project Encyclopedia, 20.05.2017, ISSN: 1940-5030, preluată de pe embryo.asu.edu/handle/10776/11506.
Manson, J.E., Cook, N.R., Lee, I-Min *et al.,* „Marin n-3 fatty acids and prevention of cardio-vascular disease and cancer", *New England Journal of Medicine,* nr. 380, 2019, pp.23-32.
Yao, R, Bennett, D., Mafham, M. *et al.,* „Vitamin D and calcium for the prevention of fracture: A systematic review and meta-analysis", *JAMA Network Open,* 2019, p. 2.
Manson, J.E., Bassuk, S.S., „Vitamin and mineral supplements. What clinicians need to know", *Journal of the American Medical Association,* 2018, p. 319.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia 6, Crandall C.J. (ed.), North American Menopause Society, 2019.
CAPITOLUL 23. CONTRACEPŢIA ŞI TRANZIŢIA SPRE MENOPAUZĂ
„Use of hormonal contraception în women with coexisting medical conditions", buletin de practică nr. 206, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology,* nr. 133, 2019, pp. e128-e150.
Allen, R., Cwiak, C.A., Kaunitz, A.M., „Contraception în women over 40 years of age", *Canadian Medical Association Journal,* 2013, p. 185.
The ESHRE Capri Workshop Group, „Female contraception over 40", *Human Reproduction Update,* 2009, p. 15.
„Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: A guideline", Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, *Fertility and Sterility,* 2016.
Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediţia 6, Crandall C.J. (ed.), North American Menopause Society, 2019.
Pergallo, R., Polis, C., Jenses, E.T. *et al.,* „Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention", *Obstetrics & Gynecology,* 2018, p. 132.
Fehring, R.J., Mu, Q., „Cohort efficacy study of natural family planning among perimenopausal women", *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing,* 2014, p. 43.
Mulţumiri
9
Cei doi oameni care merită cele mai mari mulţumiri sunt fiii mei, Oliver şi Victor. „Nu pot, scriu" a devenit un refren atât de comun, încât ati încetat să mă mai întrebaţi şi ati găsit în schimb modalităţi de a mă susţine, dar şi de a mă tine la locul meu. Vi se
9 *9*
datorează multe treburi casnice. Urechile pot fi găurite. Emisiunile pot fi vizionate în maraton. Se pot coace deserturi noi. Şi sper că, în cele din urmă, vom putea face excursii. Nu vă pierdeţi talentele nou descoperite de a spăla rufele şi de a face curat în bucătărie.
Tania Malik, îţi mulţumesc pentru sugestiile şi intuiţia ta. îti sunt veşnic
9 *9* *9* *9*
recunoscătoare pentru timpul şi efortul pe care mi le-ai oferit cu amabilitate pentru a mă ajuta să conturez această carte. Eşti o scriitoare talentată şi o prietenă minunată.
Maya Creedman, dr. Lori Brotto, dr. Yoni Freedhoff şi dr. Ethan Weiss, vă mulţumesc

pentru feedbackul şi întrebările preţioase.
Mulţumesc familiei mele de la editura
J
Kensington. Mulţi dintre voi aţi lucrat din greu pentru a da viaţă acestei cărţi şi apreciez devotamentul vostru atât faţă de „vagenda" mea, cât şi faţă de manifestul meu. Mulţumiri speciale lui Esi Sogah pentru că a fost o editoare minunată şi răbdătoare *9*
şi pentru că m-a ţinut pe calea cea bună. Şi e greu să mă ţii pe calea cea bună, dar ţie îţi iese mereu! Iar Ann Pryor, eşti cu totul minunată şi îţi mulţumesc pentru că ai făcut ca toate cărţile mele să ajungă în mâinile atâtor oameni. De asemenea, Lisa Clark, îţi mulţumesc încă o dată pentru ilustraţiile tale minunate.
Le mulţumesc celor de la Penguin Random House din Canada, în special Amandei Betts şi lui Sharon Klein.
9
Tuturor celor care îmi citesc şi îmi
9
distribuie postările, articolele şi cugetările de pe reţelele de socializare. Apreciez sprijinul vostru şi întrebările pe care mi le puneţi şi faptul că mă trageţi la răspundere.
Nu aş fi fost niciodată în această postură dacă nu ar fi existat miile de femei care miau încredinţat îngrijirea lor. A fost un adevărat dar să fiu medicul vostru şi sper să continui să merit acest privilegiu.
Şi, în sfârşit, Todd, îţi mulţumesc. Dacă cineva mi-ar fi spus acum câţiva ani că la vârsta de 53 de ani îmi voi întâlni iubirea vieţii mele, i-aş fi râs în faţă. Să fi crezut că voi întâlni un bărbat doar okay, sigur. Dar renunţasem de mult la ideea că există un
J
partener pentru mine. Şi apoi asta? Asta!!! Mă simt de parcă aş fi într-un univers al lui Mary Poppins în care lista mea de dorinţe personale a fost considerată ridicolă, aşa că am rupt-o, am aruncat-o în foc şi am uitat de ea, doar ca să apari tu şi să scoţi din buzunar lista mea lipită cu bandă adezivă. Eşti protectorul meu, iubitul meu, prietenul
meu cel mai bun şi nu mă laşi să scap cu scuze de doi bani.

Note

1 Site şi aplicaţie din spaţiul american, care publică recenzii despre companii. *(N. red.)*
2 Traducere de Margareta Manole, Curtea Veche Publishing, Bucureşti, 2021. (A/, red.)
3 Scriitoare americană, cunoscută pentru cărţile sale adresate copiilor, adolescenţilor şi tinerilor, în care îi familiarizează cu corpul lor. (A/. red.)
4 Trimitere la faptul că primele trei litere ale cuvântului „menopauză", „men", înseamnă „bărbaţi" în limba engleză. (A/. red.)
5 *Hot flashes* este termenul folosit în engleză pentru bufeuri *(flash =* aprindere, clipă, fulger, sclipire). *(N. red.)*
6 în engleză, „sex hormone-binding globulin". (A/, red.)
7 „High", respectiv „low", în limba engleză. (A/, red.)
8 Izoflavonă care se găseşte în soia şi produsele din această leguminoasă. (A/, red.)
9 Dispozitiv de administrare intrauterină, practic, un sterilei. (A/, red.)
10 Diagnosticul de osteopenie încă se pune în România, ca o formă de demineralizare a oaselor care precedă osteoporoza. (A/, red.)
11 în engleză, trimitere la „lift more", „ridică mai mult". (A/, red.)
12 Lori A. Brotto, Sex *conştient. Cultivarea dorinţei prin mindfulness pentru femei,* traducere de Mírela lacob, Curtea Veche Publishing, Bucureşti, 2022. (A/, rec/.)
13 Sau PT-141. (A/. *red.)*
14 „Cremă pentru ţipete", în engleză. (A/, red.)
I5 Cunoscut şi sub numele de boala Willis
Ekbom. (A/, red.)